

Animação Sociocultural na UCCI do Hospital da Luz - Póvoa do Varzim

Sandra Sousa Alves

Projeto de Mestrado em Ciências da Educação

Orientação: Professora Doutora Maria das Dores Formosinho

Junho, 2017



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Sandra Sousa Alves

Animação Sociocultural na UCCI do Hospital da Luz - Póvoa do Varzim

Projeto apresentado na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, sob orientação da Prof. Doutora Maria das Dores Formosinho.

Departamento de Psicologia e Educação

Junho 2017



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

*“Não há satisfação maior do que aquela que sentimos quando proporcionamos Alegria
aos outros”*

Massaharu Taniguchi

Dedicatória

A mim, por me ter permitido a tal realização.

Aos meus Tesourinhos, pela grandeza demonstrada através da Compreensão, Amor,
Dedicação e Carinho.

À minha família por me nutrir a cada dia, com grandes doses de Paciência,
Compreensão e Amor.

A todos os lindos Seres que de uma forma ou de outra se cruzaram nesta minha jornada.

Grata! Com vocês todos, enriqueço e evoluo a cada dia o meu Ser.

“Se queremos progredir, não devemos repetir história, mas fazer uma nova história.”

Mahatma Gandhi

Agradecimento

É com grande alegria que chego a esta etapa do meu percurso académico. Sinto uma profunda gratidão por mim mesma, por me ter permitido a realizar este projeto com muito Respeito, Amor e Dedicção. Durante toda a jornada, tive a oportunidade de conhecer lindos Seres. A todos um enorme, Obrigada!

Tenho enorme satisfação em partilhar a minha gratidão em particular à minha coordenadora, Professora Doutora Maria das Dores Formosinho, pela sua dedicação e disponibilidade no esclarecimento das minhas questões ao longo do projeto; à Doutora Ivone, Diretora da UCCI do Hospital da Luz, pela sua simpatia, disponibilidade e dedicação em colaborar; ao Doutor Paulo Rodrigues, Diretor dos Recursos Humanos do Hospital da Luz, que me acolheu com simplicidade e carinho; ao Doutor Carlos Reis, pela sua simpatia e humor todos os dias; à Doutora Paula Coelho, Psicóloga da UCCI do Hospital da Luz, pela sua forma mágica de envolver as pessoas, e de todo o carinho demonstrado; à Doutora Rita Ribeiro, Psicóloga estagiária da UCCI do Hospital da Luz, pelo seu entusiasmo e excelente humor matinal; à Doutora Inês Carneiro, Terapeuta da Fala da UCCI do Hospital da Luz, pela sua delicadeza e doçura nas palavras; à Doutora Ana Rita Maia, Terapeuta Ocupacional da UCCI do Hospital da Luz, pela sua paciência no cuidar, sua maestria e beleza do seu Ser; à Doutora Ada Monteiro e Mónica Teixeira, Assistentes Sociais da UCCI do Hospital da Luz, pela sua disponibilidade em ajudar em variadíssimas situações; à Doutora Ana Rocha, Nutricionista da UCCI do Hospital da Luz pela sua simpatia e delicadeza; ao Doutor Mimoso, Fisiatra da UCCI do Hospital da Luz pela sua simpatia e bom humor; aos enfermeiros, em especial à Enfermeira Anabela Ribeiro, Enfermeira Isabel Moniz e Enfermeira Juliana, pelo Carinho com que me acolheram; aos Auxiliares da Ação Médica da UCCI do Hospital da Luz, pela colaboração e Carinho demonstrado; aos meus Tesourinhos pela partilha de Amor, dedicação e compreensão que sempre ofereceram ao longo desta jornada; à minha querida Amiga Paula Alves pela sua amizade incondicional, dedicação e colaboração; aos Doentes da UCCI do Hospital da Luz pela confiança e lealdade para comigo e para com o meu trabalho.

Grata a Todos, os lindos Seres que de uma forma ou de outra interagiram comigo neste período importante da minha vida.

Sandra Sousa Alves

Animação Sociocultural na UCCI

Resumo

No âmbito do 2º Ciclo de Estudos do Mestrado em Ciências da Educação realizei um projeto de intervenção social com doentes da UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Hospital da Luz, na Póvoa de Varzim.

A aplicabilidade deste projeto, foi de grande importância a muitos níveis. Tive a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos da licenciatura e mestrado. Assim como a sua praticidade, em contexto hospitalar ao qual permitiu uma melhor compreensão da realidade envolvente.

Ao longo de sete meses, na UCCI do Hospital da Luz, no concelho da Póvoa de Varzim, desenvolvi este projeto na qualidade de Educadora Social com competência/aptidão de Animadora Sociocultural, da qual me deparei com a necessidade de validar determinados valores humanos e éticos para tal desempenho positivo e produtivo. Salientando a forma como age e como comunica. Dotada de valores morais nela mesma e para com todos ao seu redor e em especial para com toda a equipa multidisciplinar e para com os doentes.

O presente projeto foi desenvolvido para os doentes da UCCI, em fase de reabilitação funcional. Com o intuito de melhorar a sua condição motora, psíquica e emocional. Deste modo, foram desenvolvidas e implementadas atividades lúdicas, salientando a pintura de Mandalas; atividades de estimulação sensorial e cognitiva com a orientação e colaboração de toda a equipa multidisciplinar da UCCI.

Palavras Chave – Animação Sociocultural, Reabilitação, Ética do Cuidado, Empoderamento, Mandalas

Sociocultural Animation at UCCI

Abstract

In the framework of the 2nd Cycle of Studies of the Master in Educational Sciences, I carried out a project of social intervention with patients from UCCI - Continued Integrated Care Unit of Hospital da Luz, in Póvoa de Varzim.

The applicability of this project was of great importance at many levels. I had the opportunity to apply theoretical knowledge acquired during the years of the master's degree. As well as its practicality, in a hospital context that allowed a better understanding of the surrounding reality.

During seven months at the UCCI of Hospital da Luz, in the municipality of Póvoa de Varzim, I developed this project as a Social Educator with competence / aptitude as a Sociocultural Animator, from which I came across the need to validate certain human and ethical values for such positive and productive performance. Stressing the way you act and how you communicate. Endowed with moral values in herself and for everyone around her and especially for the whole multidisciplinary team and for the sick.

The present project was developed for UCCI patients, in functional rehabilitation phase. In order to improve your motor, psychic and emotional condition. In this way, ludic activities were developed and implemented, emphasizing Mandalas painting; Sensory and cognitive stimulation activities with the guidance and collaboration of the entire UCCI multidisciplinary team.

Key Words – Sociocultural Animation, Rehabilitation, Ethics of Care, Empowerment, Mandalas

Índice

Introdução	- 9 -
Capítulo I - Enquadramento Teórico	- 13 -
1- Animação Sociocultural: abordagem conceptual e histórica	- 13 -
2- Animação em Contexto Hospitalar e Reabilitação	- 25 -
2.1- Dimensão Ética nos Cuidados, numa Abordagem Integral.....	- 28 -
3- Papel do Educador Social com Qualidades de Animador – Empoderamento ...	- 34 -
3.1. Pintura de Mandalas	- 38 -
Capítulo II – Projeto de Intervenção.....	- 41 -
1- Caraterização da Luz Saúde (Hospital Privado)	- 41 -
1.1 - Caraterização da UCCI do Hospital da Luz na Póvoa de Varzim	- 41 -
1.2 - Valores, Visão e Missão do HL	- 42 -
1.3 - Equipa Multidisciplinar do Hospital da Luz	- 43 -
1.4 - Tipologia dos utentes da UCCI do HL.....	- 45 -
2. Diagnóstico de Necessidades dos Doentes da UCCI do HL	- 48 -
3. Objetivos Gerais:	- 50 -
3.1 – Objetivos Específicos:	- 50 -
4. Planificação/Avaliação do Projeto.....	- 51 -
Considerações Finais do Projeto	- 60 -
Reflexão.....	- 63 -
Referências bibliográficas	- 66 -
Anexos	- 70 -
Anexo 1 - decreto de lei.....	- 71 -
Anexo 2 - Paradigmas	- 73 -
Anexo 3 - Doentes da UCCI do Hospital da Luz, na sala de atividades.	- 74 -
Anexo 4 - Trabalhos realizados por doente da UCCI.....	- 77 -

Índice de Figuras

Figuras 1 - Perspectivas paradigmáticas.....	- 15 -
Figuras 2 - Paradigma Tecnológico.....	- 16 -
Figuras 3 - Paradigma Interpretativo.....	- 17 -
Figuras 4 - Paradigma Dialéctico.....	- 17 -
Figuras 5 - Mandala, Anabela Subtil, 2016.....	- 40 -

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - distribuição de acordo com o sexo.....	- 46 -
Gráfico 2 - Distribuição de acordo com a idade.....	- 46 -

Índice de Quadros

Quadro 1 - Atividades desenvolvidas com os doentes da UCCI.....	- 53 -
Quadro 2 – Grelha apreciativa das atividades semanais.....	- 55 -
Quadro 3 – Cronograma das atividades semanais.....	- 56 -

Índice de Siglas:

ASC – Animação Sociocultural

AVC– Acidente Vascular Cerebral

AVD'S – Atividades de Vida Diária

HL – Hospital da Luz

MS – Membros Superior

MMSE – Mini-Mental State Examination

ONGs – Organizações não governamentais

PII- Plano de Informação Individual

TF – Terapia da Fala

TO – Terapia Ocupacional

TSES – Técnico Superior de Educação Social

RI – Regulamento Interno

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Introdução

Ao longo da história, e ainda atualmente, a educação continua a ser objeto de reflexão do homem. Primeiramente, a educação foi tratada filosoficamente e só depois, cientificamente, com o evoluir das sociedades. Ainda hoje, verificamos, duas grandes abordagens que a educação é alvo: Filosofia e Ciência, *“um tempo propício à Filosofia da Educação, de inevitável problematização rigorosa, na dupla exigência de pensamento e de ação crítica. É, pois, num contexto de dinâmica refletiva que o lugar que a Filosofia da Educação, mas também sobre as metodologias utilizadas nos seus processos de investigação”* (Pedro, 2007, p. 204 cit. por Boavida & Dujo, 2007).

A Filosofia da educação revela-se fundamental, numa perspectiva de análise, crítica e clareza, perante a linguagem educativa e o conceito de educação, *“o alcance da intervenção da filosofia estaria confinado a determinados modelos de doutrinação, em tudo contrário, como sabemos, à essência própria do filosofar que deve ter como fim último a liberdade de pensamento”* (idem). Encontramos também em sintonia com esta linha de pensamento Medeiros, (2002), *“ao olhar para o mundo em crise trata-se, então, para a Filosofia da Educação, de interrogar o(s) sentido(s) da(s) racionalidade(s) e de ter um olhar crítico e activo face aos problemas apresentados pela contemporaneidade e, acerca dos quais, é preciso agir e saber agir, pensar e saber pensar, interrogar e renovar o pensamento”* (Medeiros, 2002, cit. por Boavida & Dujo, 2007).

Segundo Bertrand (2001), a filosofia da educação *“remete mais considerações gerais sobre as relações entre a educação, a sociedade, o meio, o conhecimento”* (Bertrand, 2001, p. 10). Recorrendo à mesma autora, esta, acrescenta que existe, para além de qualquer conceito, um lado prático e preceito mais notório do que das noções de filosofia ou de paradigma. E para além da filosofia, existem as teorias, que a sua variedade é vasta. Bertrand (2001), entende por teoria da educação *“toda e qualquer reflexão sobre a educação que inclua uma análise dos problemas e das propostas de mudança. A maior parte das vezes, vêm acompanhadas de reflexões sobre as finalidades da educação, a noção de aprendizagem, os papéis dos docentes, o lugar do estudante, o alcance dos conteúdos e a pertinência sociocultural da educação. Por outras palavras, as teorias da educação são conjuntos sistematizados das percepções e das representações que as pessoas têm da organização da educação e que são*

utilizadas na evolução (para o melhor ou para o pior, pouco importa) desta organização. Uma teoria da educação é uma imagem fabricada da realidade que serve de referência, incitante ou inibidora, à mudança organizacional” (Bertrand, 2001, p. 9).

Com a evolução das décadas, as reflexões foram e continuam a ser, foco para muitos dos interessados na área. Surge assim a necessidade de classificar as teorias da educação, visto serem demasiadas, *“parece-nos necessário classificar as teorias da educação, posto que o seu número, demasiado grande, em nada facilita tanto a compreensão como a escolha de orientações para eventuais mudanças em educação. A classificação proposta compreende sete categorias: espiritualista, personalista, psicocognitiva, tecnológica, sociocognitiva, social e académica”* (Bertrand, 2001, p. 11). Algumas destas técnicas, poderão fundamentar a essência deste enfoque, ou seja; na compreensão da teoria espiritual, da qual rege, que a *“a energia encontra-se no interior da pessoa (...) O ser humano deve pôr-se em contacto com a divindade, que está presente dentro dele e em toda a parte do Universo. Deve tentar atingir, pela via da intuição, esta natureza divina e espiritual que deve guiá-lo e na qual há que confiar”* (Bertrand, 2001, p. 16). Na perspectiva da teoria personalista, que pressupõe *“essencialmente nas noções do sujeito, de liberdade e de autonomia da pessoa. É a pessoa em situações de aprendizagem que deve dominar a sua educação utilizando as suas energias interiores”* (Bertrand, 2001, p. 16). Na perspectiva da teoria psicocognitiva, desta, *“preocupam-se com o desenvolvimento dos processos cognitivos (...) pelos processos internos do espírito”* (Bertrand, 2001, p. 16). Na compreensão da teoria sociocognitiva, na medida em que *“insiste nos factores culturais e sociais na construção do conhecimento (...) descrevem as condições sociais e culturais do ensino e da aprendizagem”* (Bertrand, 2001, p. 17) e na compreensão das teorias sociais, que *“assentam no princípio de que a educação deve permitir resolver os problemas sociais, culturais e ambientais”* (Bertrand, 2001, p. 20).

Por outro lado, ou mesmo em paralelo, ao estudo dessas teorias, as ciências começaram a ganhar força, devido à contribuição dos conhecimentos de diversas disciplinas. Segundo Formosinho, as ciências da educação *“foram adquirindo uma visibilidade crescente, pelo sentido pragmático de que se revestem. A mesma autora acrescenta que “as Ciências da Educação são um conjunto de conhecimentos pluridisciplinares que visam, todavia, uma certa unidade de explicação ou de compreensão do fenómeno educativo. Sem esta unidade epistémica, as várias*

abordagens, que o fenómeno suscita, pulverizar-se-iam e a própria autonomia disciplinar das ciências da educação diluir-se-ia com o risco da sua própria especificidade” (Formosinho, 2007, p. 245, cit. por Boavida & Dujó, 2007).

Gaston Mialaret, (1976), introduziu a expressão Ciências da Educação, a qual veio substituir o termo pedagogia, *“seja porque o tema estava carregado de ambiguidades e equívocos no seu tradicional, seja porque é inadequado, pois a educação já não é apenas o correspondente ao seu sentido etimológico “acção sobre as crianças”, e estende-se a todos os indivíduos, ao longo de toda a vida”* (Fonseca, 1997). Na terminologia “ciências da educação”, operou-se uma modificação essencial, do que se denominava singular passou a plural, *“passagem do singular para o plural não é apenas um pormenor gramatical ou uma comodidade terminológica, ela tem um sentido e um alcance propriamente epistemológicos”* (Avanzini, 1978, p. 107 cit. por Fonseca, 1997). É relevante mencionar que as ciências da educação, passam a ser importantes na análise das sociedades e dos seus problemas sociais. Neste campo educativo, implica analisar e pensar nos discursos, nas políticas e nas práticas quotidianas pois depende dos seus significados e visões que fazem parte dos intervenientes e do meio em que a intervenção ocorre. A intervenção social é crucial para o bom desenvolvimento das populações. Essas intervenções podem ter variadíssimos propósitos, públicos e práticas. Através da animação sociocultural conseguimos realizar várias intervenções sociais. Sendo o caso específico deste enfoque, colocando em prática a intervenção social, através da animação sociocultural, nasce este trabalho no âmbito do projeto de mestrado, referente ao 2º Ciclo em Educação Social, sob a supervisão da docente Maria das Dores Formosinho, foi solicitado a realização de um relatório de projeto. Esse projeto foi realizado na UCCI do Hospital da Luz, no concelho da Póvoa de Varzim. Em contexto hospitalar foram desenvolvidas atividades lúdicas, salientando a pintura de mandalas, atividades sensoriais e cognitivas com os doentes da UCCI.

Este projeto tem como principais objetivos, destacar a importância crucial de um TSES com qualidades de animador sociocultural numa UCCI; desenvolver inteligência emocional dos doentes em reabilitação; potenciar as competências pessoais dos doentes; estimular o potencial psicomotor dos doentes; desenvolver a autoestima dos doentes em fase de reabilitação.

Na UCCI do HL, os doentes permanecem por um período de três meses, com a grande finalidade de se reabilitarem a nível funcional e emocional. Esses doentes têm assistência médica, auxílio de enfermagem, auxiliares de ação médica, psicólogos,

fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e animador sociocultural. Trata-se de uma equipa multidisciplinar que opera de forma coesa e coerente.

Este relatório de projeto está dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo, relativamente à revisão de literatura e seu enquadramento teórico. Sendo abordado o tema da Animação Sociocultural em termos gerais, especificando para um contexto hospitalar e reabilitação, fazendo referência a certos autores dominantes na área. A dimensão ética do cuidado, numa abordagem integral, também estão referenciadas, visto ser um aspeto pertinente. Por fim, é referido o perfil do TSES com qualidades do Animador Sociocultural e seu empoderamento, (destacando uma atividade desenvolvida neste projeto – pintura de mandalas).

O segundo capítulo, caracteriza a UCCI do HL, local onde foi integrado este projeto; a equipa multidisciplinar e a tipologia dos doentes da UCCI do HL. No desenrolar deste capítulo, será focado o diagnóstico de necessidades da UCCI do HL, os objetivos gerais e específicos deste projeto, a sua planificação/avaliação, um cronograma de atividades e as avaliações dos resultados.

Em linhas de término são apresentadas as considerações finais do projeto e uma reflexão do mesmo.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1- Animação Sociocultural: abordagem conceptual e histórica

O significado de Animação Sociocultural tem uma forma muito particular, visto possuir um leque de expressão e características. Segundo Bernet (2004), o conceito de animação sociocultural¹, difundiu-se nos anos 1960 “(apesar de existirem algumas alusões anteriores).” O autor generaliza o conceito, numa primeira abordagem, “de uma maneira geral, nas tentativas conceptualizadoras, começa-se pelo mais fácil: pegar num dicionário da língua e procurar a palavra animação (“Comunicar com alma,/Comunicar valor,/Comunicar força e actividade a cisas inanimadas,/ Tornar agradável o aspecto de qualquer lugar,/ Comunicar alegria e movimento a uma competição de pessoas,/ Tomar ânimo e esforços; atreve-se”). Este recurso costuma conduzir a pouco, dado que todos sabemos, mais ou menos, o que significa animar. Se for caso disso, pode introduzir-se uma certa dúvida: será a palavra animação a mais adequada para explicar o que se pretende expressar? Por exemplo, há quem, e com uma certa razão, preferisse falar de dinamização sociocultural, visto que sugere que, em animar, se parte do zero, ao passo que, em dinamizar, se trata de acelerar ou activar qualquer coisa que já existe ou é incipiente². Em qualquer dos casos, superada esta fase de dicionário, os tratadistas passam a reconhecer um notável grau de confusão conceptual. Praticamente, não há um autor que se tenha preocupado com o conceito de animação sociocultural que, em seguida, não tenha reconhecido a polissemia, a ambiguidade, a imprecisão, o carácter vago... no uso da da expressão” (Bernet, 2004, p. 24). Perante tanto significado, à volta de um conceito, é inevitável um certo desânimo, por parte de quem estuda e investiga estes assuntos, na medida que se torna difícil transmitir um único conceito, dado que existe uma série de definições. Na perspetiva de Bernet (2004), a animação sociocultural (mais adiante ASC) pode ser caracterizada em pelo menos sete vertentes; ASC como “ação, intervenção, actuação..., indicaria, portanto, o que o agente faz”; ASC como

¹ “A origem da expressão é francesa (Animation socioculturelle). As palavras animador e animação, utilizadas em contextos temáticos semelhantes, são um pouco anteriores (ver R. Labourie, 1988, pp. 152 e segs). Em língua inglesa, uma expressão que, por vezes, se tem utilizado para se referir a este conceito é a de socio-cultural community development” (Bernet, 2004, p. 24).

² “outros dos problemas conceptuais da animação sociocultural é a complicação de expressões que se usam como parecidas, sinónimas, complementares, etc.: dinamização sociocultural ou cultural, promoção cultural, desenvolvimento comunitário... Ver o capítulo que X. Úcar dedica (1992, p. 37) aos conceitos afins à animação sociocultural” (Bernet, 2004, p. 24).

“actividade ou prática social, indicaria, assim, não tanto o que o agente faz exclusivamente, mas o que promove: uma actividade ou uma prática social desenvolvida, conjuntamente, pelo agente e pelos destinatários”; ASC como um *“método, uma maneira de proceder ou uma técnica, um meio ou instrumento. Também como uma metodologia ou tecnologia..., salientando o aspecto elaborado, metódico, etc., da intervenção”*; ASC como *“processo. Esta característica estaria na linha da segunda aceção, destacando-se nela a dimensão dinâmica ou processual da animação sociocultural”*; a ASC como *“programa, projecto... Salientar-se-ia, então, o trabalho de concepção das actividades, dos processos, das acções...”*; a ASC como *“função social. Seria, neste caso, uma tarefa que deveria estar presente em qualquer comunidade ou sociedade. Salientar-se-ia que não se trata de alguns papéis desempenhados, por agentes determinados, mas algo mais profundo, implícito ou endógeno à própria comunidade”*; a ASC como *“factor. Salienta-se o carácter operativo da animação sociocultural: qualquer coisa que gera, produz, dá lugar, causa, motiva resultados ou processos”* (Bernet, 2004, p. 26). Após este enquadramento, poderíamos nos situar, como características, do presente projeto, a que menciona a ação, intervenção, atuação; assim como, a que se posiciona como programa, projeto, visto existir a presença de um agente que intervém, num trabalho de concepção das atividades e/ou ações.

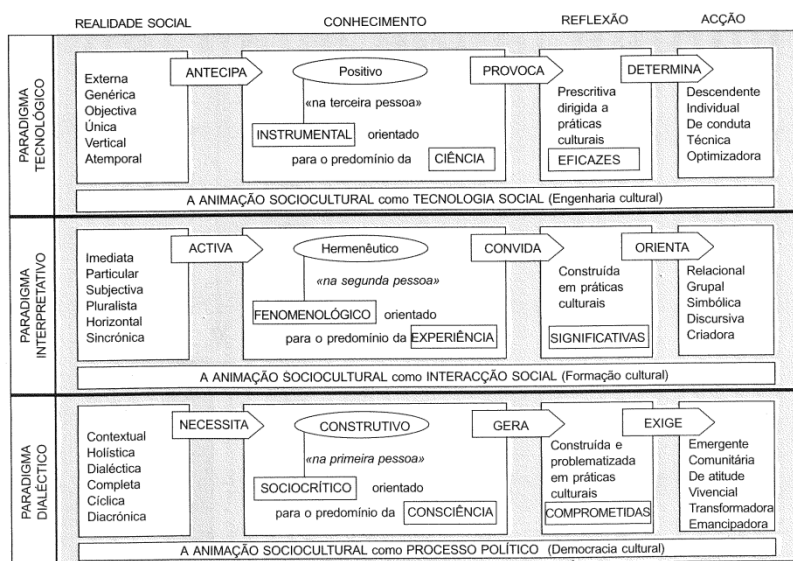
Todas estas características mencionadas pela autora, não têm, necessariamente, de ser contraditórias entre si. A realidade, é que quando expressamos, ASC, teremos que perceber, se estamos a designar aspetos ou momentos diferentes das ações ou se é aos processos que pretendemos referir, ou ainda, se estamos a sublinhar diferentemente a maneira como deveriam ser essas ações ou processos (Bernet, 2004, p. 26). Ainda, recorrendo ao mesmo autor, consideramos oportuno nesta fase, dar importância às finalidades da ASC, das quais, são variadas e genéricas, desde *“a transformação da sociedade ou a formação integral das pessoas, até propósitos mais radicais, como a autogestão social, passando por formulações tão concretas, como dar a conhecer o folclore”* (Idem).

Ampliando o tema, gostaríamos de salientar uma definição de ASC, expressa pelo mesmo autor, *“Ao tentarmos reunir as componentes que nos parecem mais essenciais da ideia de animação sociocultural, entendemos: o conjunto de acções realizadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade (ou num sector da mesma) e dentro do âmbito de um território concreto, com o objectivo principal de promover nos*

seus membros uma atitude de participação activa no processo do seu próprio desenvolvimento quer social quer cultural” (Bernet, 2004 p. 26).

A título de simplificar aquilo que verificamos, ser profundamente complicado e fazer face a uma comunicação mais assertiva, consideramos pertinente referir três perspetivas paradigmáticas, quais, poderão edificar a ASC. Fundamentadas em teorias, enumerando a teoria dos interesses constitutivos do conhecimento nas ciências sociais, de Habermas, também Parizet e Besnard, (1998), distinguem “três correntes principais na sistematização dos modelos que orientam a actividade teórica da animação sociocultural”, (Gómez, 2004, p.54). uma com a pretensão de conservar a sociedade tal como é e o sistema de animação estruturado; outra em que considera a transformação da sociedade mediante o desenvolvimento das relações da sociedade; e por último, uma corrente que quer a transformação das estruturas a nível económico e social, através de tomada de consciência e de responsabilidade. Por sua vez, estas três correntes mencionadas, são associadas a três paradigmas: *tecnológico, interpretativo e dialéctico*,

Figuras 1 - Perspectivas paradigmáticas

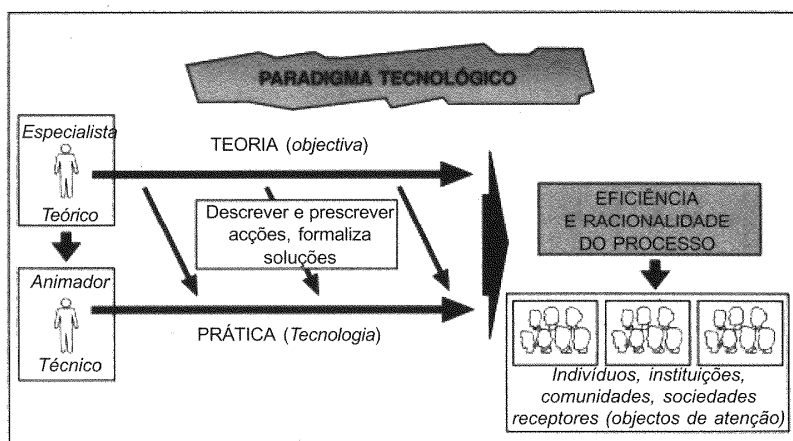


Fonte: Gómez, 2004, p.55, cap. 2, *Animação Sociocultural*.

Por via de figura, podemos descrever, analisar e comparar as respetivas contribuições para o entendimento da ASC. Na compreensão do paradigma tecnológico, consideremos a realidade social, tal como ela é, e não como quiséssemos que fosse, ou seja, os fatores sociais inscrevem as suas rotinas conforme as evidências do meio ambiente. Destaca-se neste paradigma o facto, de na sua prática, estar presente o

conhecimento e a sabedoria de um especialista, munido de teoria da qual descreve e prescreve as ações e formaliza soluções, por sua vez temos o animador, sendo o técnico que coloca na prática a teoria facultada pelo especialista. *“Digamos que não parece provável que uma teoria da animação sociocultural que separe os factos dos valores, a reflexão da acção, a racionalidade do senso comum, a experiência da ciência... seja inspiradora para os animadores a ponto de servir de guia”* (Gómez, 2004, p. 57).

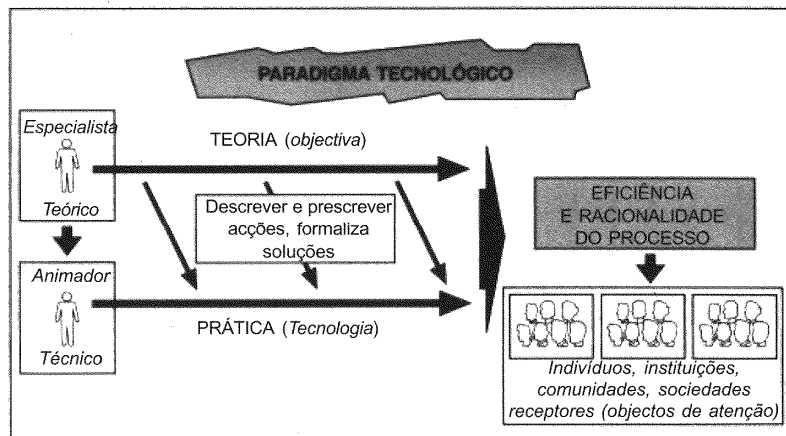
Figuras 2 - *Paradigma Tecnológico*



Fonte: Gómez, 2004, p.57, cap. 2, *Animação Sociocultural*

Num outro paradigma, designado por interpretativo, *a realidade cria-se e mantém-se através de interações simbólicas e normas de comportamento que lhe conferem um sentido particular, simultaneamente pluralista e mutável (...)* O mundo está entre as pessoas, não fora delas, representando na realidade que tenta exprimir os seus desejos e capacidades. Nesta perspetiva o indivíduo é visto como um sujeito relacional, onde se integra em grupos e se afirma de forma contextual, *“a sua autonomia pessoal edifica-se nos processos de socialização, sendo facilitada, mediada ou provocada por diversos agentes que assumem, circunstancialmente, a liderança da acção”* (Gómez, 2004, p. 59). Nesta vertente, este paradigma reconhece-se nas experiências e práticas do movimento associativo, do voluntariado e de determinadas comunidades, como podemos observar na figura 3.

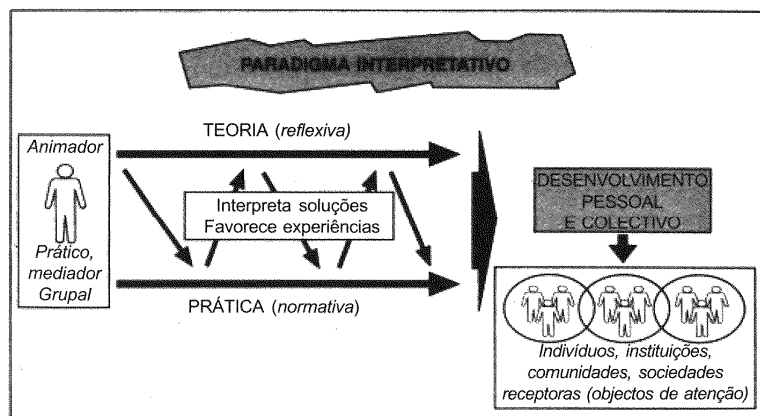
Figuras 3 - Paradigma Interpretativo



Fonte: Gómez, 2004, p.59, cap. 2, Animação Sociocultural

Por último, o paradigma dialético que é promovido pelo conhecimento e pela ciência, foca a sua atenção à participação social, claramente político, “o poder não se reprime nem se oculta, mas torna-se explícito o objecto de mostrar as verdades e os interesses que encerra (...) a animação sociocultural também se exercita como uma prática social e política, mediatizada pelas realidades socioeconómicas e históricas nas quais se constrói como prática”. Interessa aqui, salientar o papel da ASC “como metodologia e práticas que vinculam opções morais, políticas, organizativas, institucionais, etc., que, como a UNESCO justificou tempos atrás, só adquirem todo o sentido se se inserirem numa política cultural global. Pode não ser imaginável, nem eticamente sustentável uma animação sociocultural que não tente ser congruente com os desafios que estão subjacentes a estes princípios” (Gómez, 2004, p. 61).

Figuras 4 - Paradigma Dialético



Fonte: Gómez, 2004, p.61, cap. 2, Animação Sociocultural

A análise, dos três paradigmas, é substancial na edificação teórica da ASC (Gómez, 2004, p. 62). A sua reflexão, dará com certeza para servir de debate intelectual, para quem nutre interesse na dinâmica da ASC.

Na investigação sobre o tema de ASC, destacam-se outros autores, em que dedicaram e continuam a dedicar o seu estudo e trabalho nesta área.

Segundo Lopes (2008, p. 95), de acordo com a UNESCO, define a ASC como um *“conjunto de práticas sociais que visam estimular a iniciativa e a participação das populações no processo do seu próprio desenvolvimento”*, tendo incrementado a sua ação em Portugal, depois do 25 de Abril de 1974. Na realidade, não existe uma só definição de ASC. Dada a diversidade de paradigmas. Falar de ASC é possível, quando a referimos em diferentes planos, nomeadamente, epistemológico, político, sociológico, psicológico e experimental. Lopes (2008, p. 69), encara a ASC como uma atividade determinada por uma pluralidade de enfoques disciplinares, utilizando diferentes metodologias, não configurando uma teoria unificada. Projetando uma visão mais holística, afirma que *“Uma animação assim entendida, remete-nos para uma noção de participação comprometida com o processo de transformação da sociedade, com implicações de ordem económica, política, cultural e educativa”* (Lopes, 2008, p. 95).

“A animação sociocultural, cujo conceito nasceu na Europa no anos 60, pode ser vista como uma intervenção dialética dos indivíduos e dos grupos com o seu meio e sobre si mesmo, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida” (Viché, 1989, cit. Quintas e Castaño, cit. por Jacob 2007, p. 23).

Segundo Garcia, *“Animação Sociocultural, etimologicamente, tem a ver com a “anima” e tem a ver com ser “pluri”, do ponto de vista específico em atividades culturais, sociais, educativas e políticas. Sendo que estas dimensões têm que estar intrinsecamente ligadas”*. (Garcia, 2003, cit. por Lopes, 2008, p. 701).

Nos primórdios dos anos 90 surge a dimensão multicultural e a globalização, conceitos que ganham importância desde esta altura até à atualidade. A ASC tem nesta fase um processo de afirmação e de vinculação, a expansão da formação especializada e universitária dos cursos de ensino em Animação e a formação de Animadores. Estes foram fortes contributos para o enraizamento da Animação no futuro. É certo que a ASC fez um percurso complexo e enriquecido de ações, eventos, acontecimentos, movimentos, adquirindo um protagonismo significativo.

Uma boa parte dos movimentos sociais, que surgiram na segunda metade do século XX, pretendiam dar resposta a certos problemas, necessidades ou interesses que

afetavam uma boa parte da população, através de ações coletivas. Nelas, os animadores socioculturais, profissionais e voluntários, assumiram uma grande importância dentro de uma variadíssima gama de associações (Ander-Egg, 2008, p. 21).

De acordo com Ander-Egg (2008), que nos esclarece sobre a importância da ASC nos últimos anos como forma de atuar no seio de muitas organizações e movimentos sociais. O autor compara-a a um sopro de ar fresco e renovador que penetrou – e em alguns casos impregnou – a praxis social e a praxis educativa.

O século XXI é a continuidade do que é vivido até então. Porém temos de concordar com o autor acima citado quando refere que se verificam tantas e tão diversas tendências que só a caracterização precisaria de centenas de páginas. Facilmente perceptível é que há uma diversidade e um número significativo de desafios para a ASC.

Neste mesmo século, a importância da animação tem outro significado. O surgimento e reforço das organizações não-governamentais, os movimentos e a emergência de novos atores sociais, têm mudado o panorama. Nesse contexto, a ASC adquiriu um protagonismo sem precedentes, têm-se multiplicado as associações e organizações que realizam tarefas de animação. E o número de animadores tem proliferado, como os cursos, jornadas, e seminários de formação. E tanto no trabalho social como na prática educativa, tem-se recorrido à animação como forma de estímulo e motivação nestes campos de ação socioeducativa (Ander-Egg, 2008 p. 21).

Saber de forma precisa a origem, ou mesmo ainda atribuir uma cronologia, àquilo que hoje designamos como ASC, não é possível. Através de várias leituras, conseguimos perceber que houveram diferentes tempos nas vidas das pessoas. Ora tempo para o trabalho, ora tempo para o não trabalho, incluindo assim diferentes espaços e tempos como a festa, o recreio, diversão, aquilo que poderemos chamar de Animação. Existiram conceituados estudiosos, como Ventosa (1993, p. 35, cit. por Lopes, 2008, p. 135), *“quando afirmam que é muito difícil determinar em que data concreta se constitui a Animação, pois ao longo da história da humanidade, sempre houve lugar para a eclosão de fenómenos de Animação”*. Também em sintonia com este princípio está Ucar (1992, p. 15, cit. por Lopes, 2008, p. 135), *“na medida em que concorda que é difícil precisar o momento exato do aparecimento da Animação Sociocultural, visto que a sua redundante manifestação se perde no tempo”*.

Segundo Garcia (1987, cit. por Lopes 2008, p. 135), em Portugal, *“a questão da origem da Animação é também considerada como sendo indeterminada a nível temporal se a consideramos como uma manifestação de grande redundância na sua*

criatividade e na sua integração social. Sendo mais precisa se for considerada como uma metodologia ligada à intervenção nos campos social, político, educativo e cultural”. Neste caso, a Animação nasce nos anos sessenta, com a intenção de dar resposta a problemas derivados da identidade cultural, integrativa, participação, comunicação, socialização, relação e mesmo a educação, (Garcia, 1987, cit. por Lopes, 2008, p. 135).

Na obra de Lopes (2008), foram realizadas, várias entrevistas junto de pessoas relevantes na história da ASC em Portugal. O objetivo dessas entrevistas é para contrastar e complementar o estudo diacrónico da ASC em Portugal, realizado mediante análises documentais, com aproximação sincrónica ao tema a partir de fontes testemunhais diretas. Destacamos, Silva (2003), na sua denominação de ASC, *“para mim, Animação Sociocultural é um método ou uma estratégia, é um modo de fazer desenvolvimento comunitário que se baseia em dois princípios fundamentais: o primeiro é partir de uma realidade local e comunitária (não deve partir de modelos exteriores ou estranhos a essa realidade); o segundo é procurar intervir também e prioritariamente naquilo que hoje se chama o imaterial, e que nas formulações mais clássicas da Animação Sociocultural nós chamamos a cultura, mas a cultura entendida como normas de comportamento e tradições. A cultura não deve ser entendida como cultura cultivada, mas no sentido de modos de ser, agir e pensar das populações. É isso que distingue fundamentalmente a Animação Sociocultural, e é tanto aplicável a processos de educação de adultos, como a processos de desenvolvimento económico, processos de fomento do movimento cooperativo, processos de defesa do património, quer construído, quer imaterial agora. Portanto o que caracteriza a Animação Sociocultural, do meu ponto de vista, é essa opção por uma intervenção centrada nas mentalidades, nos modos de ser, nas maneiras de pensar e de agir e muito centrada nas questões da formação, da educação e da cultura”*. (Silva, 2003, cit. Por Lopes, 2008, p. 692) O mesmo autor, acredita que a origem da ASC está ligada ao 25 de Abril e que foi por essa altura que ganhou dimensão e impacto público. Faz também referência aos textos de Paulo Freire que começaram a ser editados nos anos 70. Em que Paulo Freire foi o grande autor e mentor de uma Animação ligada à alfabetização.

Ainda na obra de Lopes (2008), foi também entrevistado, Garcia (2003, cit. por Lopes, 2008, p. 697), ao qual entende por ASC, *“como uma forma de intervenção social dirigida à população em geral. Tem um foco abrangente e pretende criar condições de participação cívica e de qualificação daquilo a que podemos chamar*

capital cultural e, simultaneamente, capital escolar, mas sobretudo de capital cultural, ou seja, que as pessoas a quem se dirige e à população em geral se desenvolvam e que desenvolvam capacidades criativas, artísticas e as dimensões qualitativas da vida social, de forma criativa e participativa”. Relativamente às origens da ASC, Garcia, relaciona com os movimentos sociais, “está relacionada com aquilo a que chamamos movimentos sociais, sobretudo de autonomia e de emancipação, e pode-se datar nos anos 60, ou seja, a Animação Sociocultural, a própria designação, como tu sabes é inspirada na matriz francófona. A matriz anglófona chama a estas coisas de desenvolvimento comunitário, educação permanente. A educação permanente é mais abrangente, onde toda a área, todo este campo da Animação se insere, mas começa a haver alguma emergência de focos de Animação, em Portugal no fim dos anos 60, e depois mais declaradamente nos princípios dos anos 70, ali no período antes do 25 de Abril. É possível localizar a origem da Animação Sociocultural, em Portugal, antes do 25 de Abril (país onde não existia liberdade de expressão, de associação e de reunião), porque a Animação Sociocultural nasceu no terreno dos movimentos e não nasceu no terreno dos sistemas estatais. O seu principal foco foi o movimento associativo que inventou muitos métodos, nomeadamente os ATL(s) e que estão no sistema, isto é, passaram para o sistema. Falamos de uma Animação um pouco difusa que agia contra a corrente, e por isso, cumpria uma função: espicaçar as consciências. Agora, em termos de Animação sistematizada, ela aparece com o 25 de Abril”.

Referenciamos também Dinis (2003), também entrevistado por Lopes (2008), na sua resposta, sobre a denominação de ASC, ” *é uma pergunta relativamente difícil. Em todo o caso, a primeira ideia que vem é a que tem a ver com uma acção educativa, social, económica, cultural, política, que pauta toda a cidadania, no sentido em que cada pessoa, cada grupo e cada colectividade se assumem com os próprios protagonistas da sua história. Podemos referir isso mais ligado à educação, e tempos as crianças, os adolescentes, os jovens e será um trabalho de Animação educativa, no sentido em que tem um papel a desempenhar em articulação com a componente instrução, constituindo-se como a parte mais abrangente, a essência da educação(...), podemos também compreender a Animação como uma dimensão ligada a uma empresa, ao turismo, a uma área desportiva, à saúde, a um sector delimitado da sociedade”.* (Dinis, 2003, cit. por Lopes, 2008, p. 704),

A ASC contribui significativamente para a educação de adultos, numa perspetiva não formal, na medida em que existe uma flexibilidade de programas, locais e horários

para que seja mais fácil responder às necessidades de todos os que querem participar. A animação deve abranger os mais variados campos que fazem parte do cotidiano do adulto, tais como, o trabalho, a educação para a cidadania, a formação para o desenvolvimento pessoal e social, a educação para a saúde e para o tempo livre, uma vez que trabalhar nestas áreas ajuda a *“elevantar o ser humano e a torná-lo protagonista e portador de autonomia plena”* (Lopes, 2008, p. 328).

Trabalhar em animação sociocultural é intervir socialmente perante uma comunidade e grupos de pessoas, para que se possam desenvolver em conjunto, favorecendo a comunicação, a interajuda, a consciencialização da importância de estarem juntos, a participação, tanto individual como coletiva e, sobretudo, o reconhecimento da autonomia da comunidade no seu próprio crescimento e desenvolvimento. A ASC oferece ao grupo a possibilidade de se (re)conhecer e de usar todos os meios e recursos para uma participação ativa e capaz de mudança, ou de melhoramento.

Pressupõe-se que há uma ligação entre a teoria e a prática, sendo importante refletir no que se faz e nas suas consequências, não bastando o domínio de técnicas de animação para um desenvolvimento produtivo e mais positivo. Assim, podemos mencionar a importância dos saberes, tendo neste contexto maior relevo o saber e o saber-fazer. Estes saberes fazem parte da ASC, podendo ser abordados a partir de três paradigmas que ajudaram a interligar novas *“metodologias de conhecimento e de ação”* (Lopes, 2008, p. 69). Anteriormente foram referenciados estes três paradigmas, agora na visão de um outro autor. O paradigma tecnológico, que considera a ASC como uma engenharia social, ou seja, a realidade social é vista como imóvel e o animador como um especialista que interpreta a realidade e controla a ação. *“(…) com o recurso a este paradigma de conhecimento e ação sociocultural, pretende-se gerar a auto-suficiência do indivíduo contudo preconiza uma intervenção onde a acção está dependente de uma tecnologia cultural, veiculada por um modelo tecnocrata em que os especialistas condicionam a acção,”* (Lopes, 2008, p. 70).

O paradigma interpretativo confere a animação como uma formação cultural, que pretende dar *“sentido a experiências e situações vindas do interagir humano”* (Lopes, 2008, p. 72) e o animador é visto como um *“mediador, especialista e problematizador das práticas encetadas, tendo como pano de fundo a intervenção onde a Animação Sociocultural é, na sua essência, encarada como uma dimensão formativa”* (idem).

Segundo Gómez (*cit. por Lopes, 2008, p. 71*), neste paradigma interpretativo o conhecimento surge da ação, e a ação, por sua vez, é regulada por um esquema cognitivo, notoriamente flexível. Neste princípio, destaca-se um “saber prático” que se prolonga até um “saber ser”. Valorizando a pessoa como protagonista e uma cidadania plena onde são assumidos os direitos de igualdade e de liberdade, fomentam um diálogo permanente com os outros, reforçando a coesão grupal.

O paradigma dialético, visa o desenvolvimento de uma democracia cultural, ou seja, a animação tem em vista a participação cultural dos intervenientes, de uma forma mais vasta, e faz do animador um incentivador da ação perante as pessoas, o que ajuda a resolver problemas existentes na comunidade, favorecendo o desenvolvimento deste. Tal como refere Lopes (2008), “(...) *este paradigma define-se por promover um conhecimento e uma compreensão da prática e da ciência geradores de um princípio dialético emergente da luta de contrários, aspirando a uma praxis que articule conhecimento, reflexão e acção. Não existe, apenas, um saber fazer ou um saber ser, antes de mais, é preciso saber-se e reconhecer-se como protagonista da história. (...) este paradigma do conhecimento e acção sociocultural, a teoria tem por fim a aquisição da consciência político-social e a sua intenção final é a realização da democracia participativa, assumindo que a evolução histórica é construída pela mudança qualitativa onde se pretende um bem-estar social para todos,*” (idem, p. 72).

Segundo a linha de pensamento do mesmo autor, a construção de vários paradigmas é crucial e necessária na medida em que a prática da ASC “*é um saber que carece de um paradigma definido por uma pluralidade de enfoque disciplinares, requerendo ao uso de diferentes metodologias, de diversas linguagens que não configuram uma teoria unificada; antes projectam uma visão holística que decorre do estudo de práticas diversas,*” (Lopes, 2008, p. 69).

Segundo Gómez (*cit in Lopes, 2008, p. 69*), “*entender os paradigmas socioculturais como constitutivos dinâmicos, evolutivos, abertos (...) às transformações sociais, científicos, culturais e ideológicos*”, assim todo o trabalho de animação sociocultural torna-se mais eficaz e muito mais próximo das pessoas ou grupos.

A ASC, constitui uma atividade incerta, imprecisa e ambígua. Incerta, pela tendência transitória de muitos trabalhos. Imprecisa, pela dificuldade de delimitar os seus contornos. Ambígua, pelos variadíssimos sentidos atribuídos ao conceito, resultando, posicionamentos ideológicos diferenciados, por outro lado, pela grande diversidade de contextos e de públicos a quem a atividade se dirige, bem como a basta

variedade de instrumentos e recursos que utiliza, até mesmo a variedade de atividades que desenvolve, (Batista, 2014).

Atualmente a ASC está no centro das prioridades de todas as estruturas de acolhimento sejam elas de crianças, adultos ou mesmo de pessoas idosas. Segundo Jacob, (2007), *“tomaram consciência da sua importância enquanto elemento determinante da qualidade de vida em estabelecimentos e que se integra no projeto de vida de uma instituição, preservando a autonomia dos residentes. Ao longo destas últimas décadas, a animação evoluiu de uma dimensão ocupacional, sem objetivos reais precisos e, essencialmente, criados dentro das atividades manuais ou de bricolage, propostos aos residentes das instituições para lutarem contra a monotonia”*.

“O Brincar é um prazer funcional que nunca desaparecerá. Ele é operativo, divergente, direcional e solucionador, podendo, no entanto, ser travado ou estimulado” (Onofre, 1998, cit. por Lopes & Peres, 2010, p. 14). Compete ao animador, gerenciar cada atividade, em cada grupo específico, e com determinados objetivos a alcançar.

Segundo Quintas e Castaño (cit. por Jacob, 2007, p. 22), *“a animação é uma atividade interdisciplinar e intergeracional que actua em diversas áreas e que influencia a vida do indivíduo e do grupo.”*

Jacob faz referência a quatro modalidades de ASC, tais como: Cultural, Educativa, Económica e Social. Neste projeto destacamos a cultural, social e educativa. *“Enquanto modalidade cultural a animação surge como entidade criadora, gestora e construtiva de um produto cultural, artístico ou criativo. Como educativa, a animação surge como promotora da educação e formação, inicial e ao longo da vida. E na sua dimensão social, a animação e o animador renascem como meios de superar as desigualdades sociais e motores da promoção da pessoa e da comunidade”* (Jacob, 2007, p. 23).

Recorrendo ao mesmo autor, podemos fazer referência a quatro categorias da animação, no momento da sua organização e planificação. Sendo a, difusão cultural (potencia formas culturais, científicas e do conhecimento); atividades artísticas não profissionais (potenciar e estimular o talento e a criatividade das pessoas e dos grupos); atividades lúdicas (momentos de lazer, entretenimento, convívio, desporto) e as atividades sociais (promover a participação das pessoas nos momentos sociais, políticos, cívicos). No projeto enfoque, demos prioridade às atividades artísticas, lúdicas e podemos considerar também as sociais, na medida que foram organizadas e realizadas festas de celebração, tais como a Páscoa, Solísticos, São João, Magusto e Natal. Todos estes eventos desenvolvidos, num contexto hospitalar.

2- Animação em Contexto Hospitalar e Reabilitação

Como já vimos, a ASC pode ser exercida em diversos contextos e públicos. Neste projeto focamos a nossa atenção ao contexto hospitalar, visto ser o nosso local de atuação - o hospital.

O hospital presta cuidados de qualidade, numa perspectiva multidisciplinar, onde visa o cuidado com a saúde e a sua prevenção. Possui várias valências. Sendo uma delas a “Unidade de Cuidados Continuados e Integrados”, ao que é siglada por UCCI, local onde foi realizado este projeto. A missão da UCCI, do Hospital da Luz, é a prestação de um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, centradas na recuperação global. Respeitando todo o processo terapêutico e o apoio social ativo e contínuo. O grande objetivo é promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (art. 3º do RI, ver anexo 1).

A humanização dos cuidados são valores desta unidade. A dignidade humana está também presente, assim como a privacidade e confidencialidade. A prática dos valores éticos e deontológicos dos diferentes grupos profissionais, são aspetos importantes para toda a dinâmica. Outro dos aspetos fundamentais é o envolvimento da família, apoiando e incentivando a participação da família, estabelecendo laços e potencializar a proximidade de cuidados.

A UCCI do HL, tem por objetivos, a melhoria das condições de vida das pessoas em situação de dependência, através de cuidados continuados prestados e de apoio social, atendendo à reabilitação, recuperação e reinserção do doente; todo o acompanhamento e apoio em fase de internamento; a melhoria contínua; o apoio aos familiares, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços (art. 5º do RI, em anexo).

Estas são algumas das premissas que regem a UCCI do HL, a título de enquadrar o contexto. É de conhecimento geral, de que os hospitais, têm rotinas diárias, tanto por parte dos profissionais, como pelos doentes. Para assim, poderem de forma organizada e previamente delineada desenvolverem as suas tarefas. Na UCCI, esta realidade espelha isso mesmo.

Os doentes que se encontram internados na UCCI, têm antecipadamente toda a informação, sobre o funcionamento da unidade. São realizadas reuniões periódicas com os seus familiares, com a finalidade de facultar informação sobre o doente.

Através da cooperação de toda a equipa, existe a troca de informações entre a mesma, para nos podermos organizar com eficiência.

Os doentes permanecem internados, após realizado um diagnóstico do estado do doente, avaliado pelos profissionais competentes. Pode acontecer, de o doente já ter estado numa outra unidade, de um outro hospital e através da RNCCI, realiza-se o ajuste de tempo a ficar na UCCI do HL. O período de internamento nesta rede é de três meses, (unidade de média duração). Todos os doentes, internados na UCCI do HL, têm um plano de reabilitação, meticulosamente preparado, para fazer face à sua melhoria, quer a nível funcional, quer a nível emocional. Esse plano é realizado com a articulação da equipa multidisciplinar e com o grupo de fisioterapeutas, a fim de dar resposta positiva a todos os doentes.

Relativamente à intervenção do animador sociocultural, em contexto hospitalar, este deverá ter uma postura flexível e íntegra, para poder de forma positiva e harmoniosa, desenvolver o seu trabalho. Essa flexibilidade e integridade deverá ser levada em consideração e respeito, quer para com, os restantes profissionais, quer para com os doentes e familiares. Assim, respeitando todo o sistema, o animador intervém e interage com os doentes.

As atividades desenvolvidas pelo animador, são articuladas com as idas dos doentes à fisioterapia, da qual, estas sessões de fisioterapia, estão organizadas para dar resposta a todos os doentes.

O animador sociocultural, embora tenha um trabalho autónomo, realiza muitas atividades em consonância com a restante equipa multidisciplinar. Consegue, assim, obter resultados mais positivos com os doentes, tratando-se de um trabalho de entreajuda, respeitando sempre a opinião de cada profissional.

Compete ao animador enquadrar as atividades ao contexto e ao público, em contexto hospitalar, dado que se trata de doentes em fase de reabilitação, as atividades que se destacam, são do foro do entretenimento com objetivos delineados. Segundo Jacob (2007), *“o animador é um mediador, um intermediário, um provocador, um gestor, um companheiro e um agente de ligação entre um objectivo e um grupo-alvo. Um animador não pode ser um homem só, ele trabalha em e para o grupo. Assim, ao animador compete criar movimento, vida e atividades. É necessário que apresente propostas e sugestões, que seduza, que imagine, que desperte, que suscite e que influencie, sem exercer qualquer tipo de obrigação ou criar um sentimento de obrigatoriedade. O animador deve ser vivo, activo, comunicador, encorajante e*

destemido, entusiasta e optimista” (Jacob, 2007, p. 25). Maioritariamente, o público da UCCI é idoso, o animador deverá ter em consideração tal fator. Pois as atividades a desenvolver devem corresponder às necessidades destas pessoas. Recorrendo ao mesmo autor, este faz referência de tal facto, *“de referir que o trabalho de animação com idosos é substancialmente diferente do trabalho com crianças e jovens, daí haver uma necessidade de competências específicas por parte do animador perante o grupo etário com o qual está a trabalhar”* (Jacob, 2007, p. 25). O autor acrescenta, ainda face à correspondência da animação com os idosos, *“o trabalho com idosos quer uma adaptação destas acções no que concerne à velocidade, à duração, aos locais e às referências culturais e sociais (por exemplo, a criança corre, enquanto o idoso anda). Neste sentido, podemos afirmar que existe realmente uma animação de idosos”* (Jacob, 2007, p. 31). Assim, ficamos a compreender a meticulosidade da intervenção do animador, mas ainda importa salientar o local, onde essa intervenção é desenvolvida. É de facto, necessário pensar e analisar tanto se são idosos e se estão institucionalizados, em lares, centros de dia, centros de convívio e até mesmo em hospital. De acordo com Brody (1977), *“os lares e residências de idosos são, maioritariamente, locais depressivos, com uma rotineira, e uma estruturação que se opõe às necessidades humanas de identidade, relação e afecto”* (Brody, 1977, cit. por Jacob, 2007, p. 36). Para os idosos nestas condições, as suas vidas tendem a serem bastante diferentes, devido ao facto de terem que respeitar determinadas regras, rotinas, o que leva a uma maior monotonia. Acabam por terem momentos de solidão e saudade, o que despoleta sintomas afetivos. Assim retrata Goffman, (1961), *“ a monotonia, o isolamento e as regras em demasia são factores omnipresentes, que tendem a exacerber sintomas orgânicos e afectivos já existentes”* (Goffman, 1961, cit. por Jacob, 2007, p. 36). Importa, assim, à instituição, e por sua vez ao animador, dar resposta às necessidades dos idosos, tendo em consideração esses fatores referidos. Consideramos pertinente salientar a afirmação de Jacob (2007), *“a instituição deve responder às necessidades mais proeminentes do idoso, mas estas não são só a alimentação, a higiene, os cuidados médicos e de enfermagem e a guarda é, igualmente importante a participação, a ocupação e a vida social dos utentes. Afinal, se retirarmos as tarefas básicas (sono, higiene e alimentação) sobram em média oito horas diárias. Estes tempos não devem ser de ocupação, o que tem por vezes uma conotação negativa, mas tempos de lazer e de comunicação”*(Jacob, 2007, p. 36).

As diferentes atividades, em hospital, devem acontecer de forma integrada e não desirmanada, pois a ASC é um processo complexo que pode envolver diferentes dimensões como, por exemplo, a cidadania, o social, a democracia e o político, devendo a educação deve “*estar vinculada à vida e comprometida com o desenvolvimento global do ser humano e com os seus diferentes ciclos de crescimento*” (Lopes, 2008, p. 395).

Sendo um processo complexo e que requer os seus cuidados na sua intervenção. O público envolvente ou interveniente deverá obedecer a uma determinada conduta, numa ótica de ética comportamental.

2.1- Dimensão Ética nos Cuidados, numa Abordagem Integral

A ética, vem do grego “ethos” que significa caráter, comportamento. O seu estudo é centrado na sociedade e no comportamento humano. Na antiguidade começaram as primeiras reflexões sobre este tema, destacamos Demócrito e Aristóteles, filósofos mais famosos que falaram sobre a ética como meio de alcançar a felicidade. Um pensamento ético em busca da crítica do comportamento humano, referenciando o que é certo e errado, justo e injusto. Traduzindo as escolhas que o homem faz. As escolhas certas que nos podem conduzir a um caminho de virtudes, de verdades. Não, foram apenas, os filósofos que exploraram o tema, mas outras diferentes áreas, tais como a sociologia, antropologia, psicologia, biologia, medicina, economia, etc.) principalmente na perspetiva de cada área fazer corresponder um código deontológico para fazer face às suas ações, nas profissões correspondentes. Esse código deontológico, trata-se de um documento da qual menciona os princípios que regem determinada profissão ou empresa e a sua missão. Princípios que potenciam os valores que devem ser praticados pelos profissionais e instituições, atendendo que a deontologia é a ciência que estuda as obrigações e deveres, numa ótica moral e ética.

O pensamento ético, tem como função, manter a ordem social. Não tendo ligação direta com a lei, propriamente dita, a ética é construída ao longo da história, alinhada nos valores e princípios morais de determinada sociedade. Assim, os códigos éticos visam proteger a sociedade do desrespeito e das injustiças, em qualquer esfera social, quer no ambiente familiar, quer no profissional.

Podemos, assim, considerar que a ética corresponde a um comportamento individual relativamente à sociedade, com a finalidade de garantir o bem-estar social.

Cada profissional assume um código de ética que o rege, no cumprimento das suas funções, em prol dos direitos humanos. Temos o caso da bioética, sendo uma ética aplicada às ciências biológicas, da qual delimita as ações dos cientistas, garantindo a integridade do ser vivo. Consideramos oportuno destacar a preocupação de Potter, inspirado pelo filósofo ecologista Aldo Leopold, da qual faz referência ao surgimento da biótica numa perspectiva de *“manutenção do equilíbrio cosmo, do respeito pela natureza e pelo meio ambiente, de modo a que a acção do Homem, potencialmente destrutiva e rompedora da harmonia do cosmos, possa ser reconduzida na direcção correcta, assim se garantindo, através desta ponte para o futuro, a sobrevivência da espécie humana no seu habitat natural,”* (Potter, 1970, cit. por Osswald, 2014, p. 18).

Referenciando ética ou bioética, em ambas nutrem a preocupação com o ser, sendo ele ser vivo ou ser humano. Segundo Martins (2013), *“O ser humano é uma expressão de vida, emana luz e reflete o amor em qualquer dimensão que decida tocar. A humanidade não é apenas uma mente humana e divina que faz com que o homem, longe de se sentir um “anjo infeliz”, se contemple como criatura de Deus numa harmonia integral com o mundo, a natureza, o seu corpo, a sua sexualidade, o seu trabalho, a arte, a ciência, a política, o sofrimento, o seu sentir, com o outro, em suma, com a vida. Estamos conscientes da existência de uma relação entre espiritualidade e envelhecimento saudáveis, manifestados tanto na forma física como na emocional e a partir da definição da OMS que advoga que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidade”* (Martins, 2013, p. 250, cit. por Carvalho, 2013, s/n).

A autora refere questões que são pertinentes na conduta humana. O que por sua vez, se tornam cruciais tanto num estudo de abordagem integral como para dar respostas sociais eficientes e eficazes. Partindo desta abordagem, o ser humano é um ser holístico, tal como refere a autora, *“o ser humano é um ser holístico nas dimensões: física, mental e espiritual. Por isso, é fundamental, um envolvimento com atividades que elevem a consciência espiritual, que proporcionem o bem-estar, ou a prática de valores fundamentais, como a bondade, a caridade e a compaixão. Estas surgem como uma forma alternativa e complementar à atividade da ciência médica e à atenção dos cuidadores”*.

Ao longo da vida, as pessoas passam por diversas fases, as chamadas fases de evolução humana, Infância, Adolescência, Adulta, e o processo de envelhecimento,

denominada por 3ª e 4ª idade. Por vezes, nessas fases, podem ocorrer incidentes negativos, o que despoleta alterações na condição física e, também psíquica. Pessoas que eram independentes de cuidadores e cuidados e passam a serem dependentes de cuidadores e de cuidados especiais. Nestas fases, é bastante importante o acompanhamento, a atenção, dedicação e a tal compaixão. Tanto a família, amigos e profissionais de saúde deverão levar em consideração, não somente os cuidados em si, mas todos os cuidados humanizados, observando a pessoa dependente como um todo. Tal como é referenciado pela autora, *“A humanidade, de que tanto se fala hoje, mais do que os cuidados humanizados ao idoso deve contemplar a dimensão espiritual, com vista a uma abordagem integral. Somos um todo: biopsíquico-físico-social e espiritual. A espiritualidade é a dimensão humana que sustenta no seu seio os valores da solidariedade, da compaixão, do cuidado e do amor, indispensáveis ao desenvolvimento de uma sociedade verdadeiramente humana”* (Volcan, 2003, cit. por Martins, 2013, p. 250).

Numa fase em que a pessoa necessita de cuidados, é difícil, na prática, alcançar uma atitude homogénea. Entre público, contexto e profissionais, a realidade é bastante heterogénea. *“Religião e espiritualidade são recursos utilizados com frequência pelos idosos diante diversos problemas, especialmente quando se trata de doenças. Ajudamos idosos a enfrentar procedimentos invasivos, a alimentarem-se mesmo quando não há apetite, a alegrarem-se no meio da tristeza, a sentirem-se pessoas no meio de muitos, a sentirem vida mesmo vendo partir as pessoas significativas”* (Martins, 2013, p. 251).

O papel do cuidador é fundamental quer no idoso, quer na reabilitação da pessoa dependente, na sua condição física. Este deverá ser potenciador de ferramentas úteis para auxiliar nesta fase da vida. Os valores e a ética são palavras de ordem nestas situações. Recorrendo à mesma autora, *“Com ética e respeito pelos valores religiosos e espirituais dos utentes, o cuidador pode encontrar na religião e espiritualidade ferramentas úteis que podem auxiliar no atendimento a idosos institucionalizados, que encontram na fé otimismo, esperança e motivação para se implicarem e envolverem com a vida, aspectos de extrema relevância para a sua adaptação, para continuarem a sentir-se parte integrante da sociedade, do mundo. A religião e espiritualidade ajudam a preencher a distância da família, dos amigos, dos vizinhos, da rotina antiga; prestam acolhimento e alento para suportar as vicissitudes impostas pela rotina institucional. Num cenário em que a humanização dos cuidados tem vindo a ganhar forças, a atenção*

à religião e à espiritualidade é prestar esse atendimento humanizado tão desejado. Olhar o idoso não como um corpo desfigurado que adoece, envelhece, mas, sim, ter em conta toda a sua história de vida, hábitos, costumes, cultura e ajudar a evitar a sensação de ser apenas mais uma vaga ocupada, alguém despersonalizado, como um número” (Martins, 2013, p. 252). Para caminhar, rumo à humanidade³ é necessário determinadas atitudes, *“é proporcionar aos profissionais formação para que estes sejam capazes de promover a humanização no serviço e a espiritualização do cuidado. Para tanto, sugere-se que os profissionais, independentemente da área (ajudantes de ação direta, enfermeiros, psicólogos, trabalhadores auxiliares, assistentes sociais, fisioterapeutas, animadores), que trabalham com público idoso estejam familiarizados com o tema e cientes da relevância na vida dos mesmos”* (Martins, 2013, p. 252).

Em consonância com esta autora, encontramos Zimerman (2007), *“O cuidador deverá fazer parte do staff de saúde (gerontólogo, médico, fisioterapeuta, nutricionista, etc). Para o sucesso do trabalho é importante que ele seja tratado com atenção, respeito e seu trabalho seja valorizado, tanto no aspecto humano como financeiro. O cuidador precisa ter conhecimentos da situação do velho e da família, tendo a liberdade para falar com os familiares e com os técnicos, dando e recebendo informações sobre o estado do paciente (...) outro aspecto importante do trabalho com cuidadores é a coesão do grupo”* (Zimerman, 2007, p. 85).

Segundo Jacob (2007), *“o cuidador deverá obedecer a um perfil específico, em contexto recreativo, “o cuidador é uma pessoa de qualidades especiais, definidas pelo perfil de compromisso e solidariedade pela pessoa idosa. Entre outros elementos importantes se destacam: ter facilidade para trabalhar em equipe e bom relacionamento humano; saber lidar com as limitações e dificuldades do idoso dependente; acreditar na importância do seu trabalho; ter a capacidade de selecionar e estimular com actividades recreativas, propondo jogos de estimulação sensorial e cognitiva; ter capacidade para suportar perdas importantes que a morte provoca e compreender os momentos difíceis; possuir domínio e equilíbrio emocional; demonstrar educação e boas maneiras; agir de forma respeitosa; falar pausadamente; repetir quantas vezes for necessário; ajudar a apoiar; valorizar qualquer tipo de*

³ *“(...) a humanidade representa o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que existe graças a nós e que desaparecerá se nós desaparecermos, pelo que, o Homem tem a tarefa de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e continuar a enriquecê-lo (...) A humanidade, enquanto filosofia e ética, assume um valor teórico e prático no contexto dos cuidados de enfermagem oferecidos em espaços de intimidade, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes, em condições de respeito e igualdade, (Simões, 2005:9 cit. in [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo de Revisão \(1\).pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo%20de%20Revis%C3%A3o%20(1).pdf)).*

esforço motor; manter uma atitude de calma e passividade; ser paciente e compreensivo”(Jacob, 2007, p.12).

A Incapacitação humana, pessoas com problemas de dependência e/ou déficit funcional, ou velhice necessitam de um cuidador e de um apoio reforçado, quer por parte da família, amigos ou vizinhos. Para poderem assegurar o seu quotidiano, nas tarefas mais primárias. E também, não descurando de um acompanhamento psicológico regular, para minimizar ou mesmo cessar determinados desconfortos emocionais inerentes à condição física. Segundo Lage (2005), *“Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa directamente sua. A maior parte dos cuidados de saúde tem lugar nos extremos do ciclo da vida (infância e velhice) e são fundamentalmente prestados pela família (...) Com o desenvolvimento da ciência médica, o lugar do cuidado passou gradualmente para o hospital, substituindo-se as famílias pela hospitalização”* (Lage 2005, p. 203 cit. por Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo Boff (2014), *“a sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está cada vez mais a criar, contraditoriamente, incomunicação e solidão entre as pessoas. A Internet pode conectar-nos com milhões de pessoas sem precisarmos de encontrar alguém. Pode-se comprar, pagar as contas, trabalhar, pedir comida, assistir a um filme, sem se falar com ninguém. Para viajar, conhecer países, não precisamos de sair de casa”. Tudo vem a nossa casa através da internet. A verdade é que a relação “com a realidade concreta, com os cheiros, com as cores, sabores, pesos, resistências e contradições, é mediada pela imagem virtual, que é somente uma imagem”. A verdade é que as sensações passaram a ser diferentes, “o pé já não sente o macio da relva verde. A mão já não pega num punhado de terra escura. O mundo virtual criou um novo habitat para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta de toque, de tacto e do contacto humano. Essa anti-realidade afeta a vida humana naquilo que ela possui de mais fundamental: o cuidado e a compaixão(...)”. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado encontra-se o ethos fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um recto agir”* (Boff, 1999, cit. por Lima, 2014).

Seguindo a linha de pensamento de Boff, consideramos pertinente fazer referência à “Carta da Terra”, documento elaborado ao longo de 8 anos, envolvendo as bases da sociedade e o melhor do pensamento ecológico, político e ético de 46 países e implicando mais de 200 mil pessoas, visando garantir o futuro do Planeta e da humanidade e recentemente acolhido pela UNESCO, nesta Carta, o eixo estruturador é a ética do cuidado. Para os responsáveis da medicina e da enfermagem, essa assunção não significa nenhuma surpresa, pois o cuidado é a essência da atitude curativa dos operadores da saúde.

Fica evidente de que tanto o cuidado como a ética, por parte dos profissionais são de grande relevância, na prestação de auxílio com o outro, este outro, tanto poderá ser criança, jovem, adulto, idoso, com ou sem enfermidades. A espiritualidade também ganha terreno na medida que passa a ser um estado de compreensão plena, perante o outro, como um todo, da qual é merecido todo e qualquer respeito, por ser que o é. Mas a realidade mostra-nos que estes conceitos são de extrema sensibilidade e, tal como quase tudo, são necessários fundamentos científicos para que todo o conceito ou significado ganhe o seu devido valor.

Guimarães (2007) defende a espiritualidade e a religiosidade em contexto de saúde, *“além de aspectos éticos e pessoais que podem promover vieses de análise e interpretação, os estudos envolvendo aspectos de religiosidade e espiritualidade merecem, com todo e qualquer outro objeto de investigação, a aplicação sistemática e rigorosa do método científico para sua validação, independentemente de posturas preconcebidas a favor ou contra eventuais resultados”*.

Foram realizadas investigações para demonstrar a relação da espiritualidade na saúde, apresentando de forma concisa as evidências do papel da espiritualidade e da religiosidade em diversos campos da prática clínica diária. As conclusões, são interessantes. *“A influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências têm-se direcionado de forma mais robusta e consciente para o cenário de prevenção; estudos independentes, em sua maioria de grande número de voluntários e representativos da população, determinaram que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25%.* (Guimarães, 2007).

Para além da questão da espiritualidade, da religiosidade, e da ética tem também a sua importância nestes públicos, as famílias dos mesmos, estes, merecem também a sua atenção, no cuidado. A relação da família tem grande peso, na perspectiva que são o elo de ligação com o doente. Tal como refere, Osswald (2014, p. 194), *“a relação com a família é de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida do paciente e constitui também um imperativo ético. Se o médico tem de tratar e cuidar de quem sofre, não pode ignorar aqueles que sofrem por empatia e solidariedade com o paciente; nem deixar de auxiliar os que se desviam por terem por absoluta prioridade cuidar do seu doente. Há, pois, que dar apoio (psicológico e médico) aos cuidadores informais (...)”*. O mesmo autor também faz referência, para além da família, da postura do profissional que cuida do doente ou idoso, *“não basta ao profissional de saúde ser bem preparado e competente na sua profissão e compassivo na sua relação com os enfermos. Há que alcançar um grau de conhecimento teórico e prático compatível com uma especialização ou uma competência; e é necessário que para além da humanidade e da compaixão exista uma fundamentação ética do agir profissional, a qual se não adquire senão pelo estudo e pela prática”* (Osswald, 2014, p. 188). Todas estas abordagens, de ética do cuidado, de espiritualidade/religiosidade, do profissionalismo, da relação família-cuidador-doente, deverão ser pilares de conhecimento e de grandeza para a realização de um trabalho positivo, eficiente e próspero.

Passa a ser pertinente a intervenção, nestes públicos, de um profissional, munido de qualidades e valores.

“O que opõe ao descuido e ao descanso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização de envolvimento afeto com o outro.” (Boff, 1999).

3- Papel do Educador Social com Qualidades de Animador – Empoderamento

No mundo atual, verificamos uma crescente complexidade, evidenciada pelas mudanças constantes e vertiginosas, cada vez mais rápidas, despoletando um gigantesco desenvolvimento científico e tecnológico. Essas mudanças têm levado as sociedades humanas a enfrentarem novas realidades sociais, caracterizadas por alterações radicais

nos seus modos de vida, assumindo novas formas de relacionamento entre indivíduos e os povos. Com esses avanços científicos, passa a emergir novas necessidades entre os indivíduos, o que leva a desenvolver diferentes meios de intervenção social e pedagógica que aliados a novas realidades económicas e políticas, despoletam desigualdades sociais, culturais e financeiras, que por sua vez se verifica novas formas de ação social. Dado este contexto é pertinente a intervenção do educador social com o grande objetivo de dar respostas a estas novas realidades sociais. Segundo Azevedo (2011, p. 12), *“Os educadores sociais são hoje uma profissão com relevância social pelas funções que exercem (...) Possuem um saber autónomo que está subordinado ao saber matriz da pedagogia social e como universo antropológico, epistemológico e axiológico de referência de toda a sua prática profissional”*. Ainda a mesma autora, acrescenta sobre as características destes profissionais, *“é um técnico que não se limita só a satisfazer as necessidades básicas dos seus educandos, pois o seu dever é também o de socializar e integrar pessoas em risco de exclusão e marginalização social. Este profissional é um mediador entre indivíduos e a sociedade, articulando e ajustando o indivíduo (minoría) à sua sociedade (maioría)”* (Azevedo, 2011, p. 35).

Nomeadamente ao presente projeto, este profissional pode ter grande relevo, na perspectiva de promotor de competências, tal como é mencionado por Azevedo (2011, p. 36), *“O Educador Social é por sua vez, promotor de competências de integração social e profissional do indivíduo, valorizando a sua participação no grupo, na família e na comunidade, desenvolvendo competências pessoais, sociais e profissionais de integração social do indivíduo, com vista a valorizar a sua participação no grupo, na família e na comunidade. (...) Como técnico sócio-educativo, elabora, desenvolve e coordena projectos de intervenção, programas educacionais e pedagógicos, de cariz social, tal como, prevenção primária, secundária e terciária, destinada a população de risco social e familiar. Um técnico que assume potencialidades e competências pessoais e sociais fomentando a responsabilidade e a mudança de comportamentos dos indivíduos. Este profissional por norma não atua sozinho e segundo Azevedo (2011, p. 36), *“integrado em equipas multi e pluri disciplinares, articula saberes, integra serviços, equipas e unidades ligadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, aconselhamento, educação e reabilitação de sujeitos em desvantagem social”*. O que fundamenta a intervenção do educador social numa UCCI, da qual, encontramos indivíduos (doentes) em fase de reabilitação. É também um*

profissional de relação proximidade humana, feita de laços humanos e comunitários, evocado por Azevedo (2011, p. 39) *“Quando olhamos para as pessoas, devemos olhar também para as suas lembranças, utopias, sentimentos e fragilidades, reconhecendo que em cada vida existiram e existem projectos perdidos que estão no centro de toda a nossa intervenção sóo-educativa. É precisamente por isso que os educadores sociais, tal como outros técnicos da relação, desenvolvem competências de proximidade, escuta e apoio, mobilizando saberes em torno do mesmo objectivo: respeitar o “outro”, aceitando a sua diferença e ajudando-o a tornar-se autónomo e arquitecto da sua própria condição humana”*. Tal como foi referido pela autora, este profissional articula saberes, e devido à sua pluralidade das suas diversas dimensões, enquadra perfeitamente com os objetivos da animação social e até mesmo com as competências de um Animador Sociocultural.

Educação e animação fazem uma verdadeira dupla. Uma assenta na outra. Segundo Babo (2010), *“educação e animação estão estreitamente ligadas, não só pelo aspecto semântico mas também pelo aspecto prático e de acção (...). Uma educação ligada à animação sociocultural valoriza a intervenção, a socialização, a liberdade, a partilha de saberes e o aprender fazendo, entre outros. Não é possível pensar em animação sociocultural isenta de educação, como não se pode pensar em educação sem objectivar a capacitação da pessoa enquanto elemento que interage num ecossistema”* (Babo, 2010, cit. por Lopes & Peres, 2010, p.14).

Nesta perspetiva o educador e o animador poderão ser a mesma pessoa. O animador deve ter uma responsabilidade educativa. Assim como o contrário também é aceitável. O Educador tem competências e estratégias para motivar e incentivar os públicos, sejam eles crianças, jovens, adultos, pessoas com necessidades educativas especiais ou idosos. Assim como o animador tem a capacidade de, através das suas atividades, promover, despertar e estimular essa motivação a participar.

O animador é aquele que realiza tarefas e atividades de animação, que é capaz de estimular os outros para determinada ação. Atua como catalisador da sua vontade, ou de terceiros, junto de um grupo ou de uma pessoa. O animador é também um mediador, um provocador, um gestor, um companheiro e um agente de ligação entre um objetivo e um grupo-alvo. Um animador não pode ser um homem ou mulher só, ele ou ela trabalha em e para o grupo. Assim ao animador compete criar interação, vida e atividades. É necessário que apresente propostas e sugestões, que seduza, que imagine, que desperte, que suscite e que influencie, sem exercer qualquer tipo de obrigação ou criar um

sentimento de obrigatoriedade. *“O animador deve ser vivo, ativo, comunicador, encorajante e destemido, entusiasta e otimista”* (Jabob, 2007, p. 25).

Quer o educador, quer o animador, são enquanto profissionais, regidos tanto pela ética como pela deontologia profissional. Estas são duas mais-valias, que estruturam o profissional, e os orientam para um melhor desempenho comportamental perante a sua profissão. É fulcral a existência de um conjunto de valores e princípios éticos, da qual constituem uma referência para a própria identidade destes profissionais. Estes profissionais, para além destas características, têm a capacidade de promover a participação, a afirmação, a autonomia, a emancipação e a promoção de capacidades. Nesta perspetiva, o TSES, com qualidades de Animador Socicultural, poderá adquirir uma postura de empoderamento, face às necessidades atuais da sociedade. Quando nos referimos ao empoderamento, podemos remeter à conscientização; à criação; à socialização do poder entre os cidadãos; à conquista da condição e da capacidade de participação; assim como à inclusão social. Perante tal facto, importa salientar que o empoderamento é a conscientização e a participação com relação a dimensões da vida social.

Segundo Paulo Freire, um dos ilustres da educação brasileira, afirma que empoderamento é *“a capacidade do indivíduo realizar, por si mesmo, as mudanças necessárias para evoluir e se fortalecer”*, assim se um TSES, for empoderado, terá a capacidade de dar ao outro o poder ou a autoridade para fazer algo. Freire, criou um significado especial para a palavra “empoderamento”, embora a palavra “empowerment”, já existisse na língua inglesa, com o significado de “dar poder”. Segundo Freire e num contexto da filosofia e da educação, empoderamento é designado, *“não como sendo um movimento que ocorre de fora para dentro, como o Empowerment, mas sim internamente, pela conquista”*, (Freire, cit. por Valoura, 2011).

Os processos de empoderamento podem ser realizados quer por meios da participação em organizações, quer em atividades comunitárias, integrando grupos de trabalho, aprendendo novas tarefas e desenvolvendo novos potenciais. Num trabalho em equipa, à qual estará inerente metas comuns, existe um potencial empoderador, numa ótica disciplinar. Este processo pode ser ativado por animadores externos, mentores, líderes de grupo, ONGs, professores, agentes sociais, etc., que atuam com o propósito de promover oportunidades para as pessoas exercerem controlo em si mesmas. Poderá estar aqui presente, uma mudança de paradigma, face a posturas e crenças da sociedade atual. *“Implica, essencialmente, a obtenção de informações adequadas, um processo de*

reflexão e tomada de consciência quanto à sua condição atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve somar-se uma mudança de atitude que impulsiona a pessoa, grupo ou instituição, para a ação prática, metódica e sistemática no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva,” (Schiavo & Moreira, 2005, cit. por Valoura, 2011).

Importa salientar, o papel do educador enquanto animador, perante um público, que enfrenta uma nova realidade, e fase ao contexto em foco, de reabilitação, este poderá ter as capacidades de, numa ótica empoderadora, obter grandiosos resultados.

Segundo Campos (2010), *“O empoderamento individual traz a força de cada um à mesa de negociações por um mundo melhor, numa vida mais digna”*. Recorrendo ao mesmo autor, faz referência a Granovetter (1985), Bourdieu (1989), Evans (1996), Durston (2000) e Romano & Antunes (2002), *“concordam que o empoderamento envolve autoconfiança (para fugir da apatia, ser atuante, acreditar na causa, alimentar o otimismo); capacidade crítica (para perceber, no entorno, quais são os problemas a serem analisados e superados); participação (reunir-se, dialogar, agir, manifestar-se); organização (estudar, aprender, abrir-se ao novo conhecimento, às novas tecnologias, doar-se ao coletivo); solidariedade (no sentido de generosidade, alteridade, aceitação das diferenças); e capital social (constituir-se como ser pensante e crítico para conduzir sem ser conduzido)”*, (Granovetter et al., cit. por Campos, 2010).

Um conjunto de qualidades que poderemos reunir num profissional, como o TSES, enquanto animador. Sempre numa vertente inovadora, podendo assim, criar e emancipar novas atividades, com o propósito de despoletar a máxima participação, do público em questão. Numa vertente de proximidade e compaixão.

Neste projeto, destaca-se a introdução de uma terapia inovadora e desbravadora, com resultados surpreendentes – as Mandalas.

3.1. Pintura de Mandalas

“Primeiro estranha, depois entranha”, esta expressão, poderá caracterizar de imediato, esta atividade, realizada na UCCI, pelos doentes na fase de reabilitar. Consideramos que se trata de uma atividade empoderadora, que começa a ser emancipada.

Traduzindo em Sânscrito, mandala, significa: मंड “essência” + ल “ter” ou “conter”. Também se designa por círculo ou circunferência, totalidade, plenitude, derivando do termo tibetano “*dkyil khor*”. Mandala também possui outros significados, como círculo mágico ou concentração de energia, e universalmente a mandala é o símbolo da integração e da harmonia. Pode ser utilizado em decorações de ambientes, na arquitetura, ou como instrumento para desenvolvimento pessoal e espiritual, pode também restabelecer a saúde, sendo especificamente, nesta área que consideramos ser congruente e vantajoso a sua aplicação, como atividade com os doentes. Atendendo, que as pessoas que trabalham com mandalas, previnem-se do stress, aumento da capacidade de atenção e concentração, maior organização da saúde psíquica e aumento da capacidade de recetividade, para além de potenciarem a criatividade e estimular os sentidos.

A mandala é uma espécie de *yantra* (instrumento, meio, emblema) que em diversas línguas da Península indostânica (Índia, Paquistão, Bangladesh, Sri Lanka, Maldivas, Butão e Nepal), significa círculo. Em rigor, mandalas são diagramas geométricos rituais: alguns deles correspondem concretamente a determinado atributo divino e outros são a manifestação de certa forma de encantamento (*mantra*⁴).

A sua antiguidade remonta pelo menos ao século VIII a.C. e são utilizadas como instrumentos de concentração e para atingir estados superiores de meditação (sobretudo no Tibete e no budismo japonês).

Jung, descreve as mandalas como quadros representativos ideais ou personificações ideais que se manifestam na psicoterapia, interpretando-as como símbolos da personalidade no processo da individualização. “*Ela ajuda a concentração, diminuindo o campo psíquico circular da visão, restringindo-o até o centra. Sua meta, pois, é a de transformar a confusão numa ordem, sem que tal intenção seja sempre consciente. Em todo caso, as mandalas expressam ordem, equilíbrio e totalidade. Frequentemente os pacientes ressaltam o efeito benéfico ou tranquilizador de uma tal imagem (...) Elas possuem quase sempre um caráter intuitivo irracional e atuam de*

⁴ “*Mantra é um hino do hinduísmo e budismo, que é dito de forma repetida e tem como objetivo relaxar e induzir um estado de meditação em quem canta ou escuta. Um mantra é definido como um instrumento de pensamento*” (<https://www.significados.com.br/mantra>).

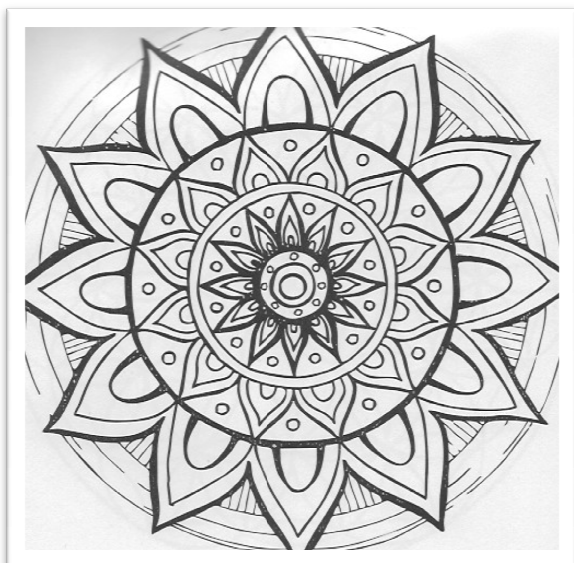
novo retroativamente sobre o inconsciente através de seu conteúdo simbólico” (Jung, 1929).

Segundo Subtil (2016), *“As Mandalas, através das cores, símbolos e formas geométricas sagradas utilizadas na sua composição, actuam sobre os nossos hemisférios cerebrais, influenciando a nossa mente e emoções, harmonizando a nossa energia, estabelecendo a ligação com o nosso subconsciente e iluminando aquilo que está oculto. Exercem também um efeito especial sobre os nossos chackras, que são centros energéticos simultaneamente transmissores e transformadores de energia, situados na linha média do corpo e ligados a diferentes partes do nosso corpo físico e a diferentes aspectos dos nossos corpos emocionais, mental e energético”.*

Recorrendo à mesma autora, esta refere o que acontece na prática de colorir as mandalas, *“ao colorir e desenhar estas mandalas estará a utilizar uma excelente ferramenta de auto-ajuda que lhe permitirá caminhar no sentido desse equilíbrio, possibilitando um trabalho interno muito profundo e de auto-expressão” (Subtil, 2016, p. 6).*

A mandala, é um elemento milenar na nossa cultura, podemos concluir que por detrás de qualquer significado que possa ter, trata-se de um significado comum: o bem, o positivo, o benéfico. Neste quotidiano, de incertezas e ansiedades, correrias e anseios, algo aparentemente tão insignificante como a mandala pode fazer a diferença. A prática de colorir mandalas, na UCCI, foi algo inovador e bastante positivo. Numa fase inicial, os doentes estranharam, tal prática, mas com todo o respeito e cuidado, cada um a seu tempo, passaram a ter gosto em colorir.

Figuras 5 - Mandala, Anabela Subtil, 2016.



Capítulo II – Projeto de Intervenção

1- Caracterização da Luz Saúde (Hospital Privado)

A Luz Saúde foi criada em 2000 e é um dos maiores grupos de prestação de cuidados de saúde em termos de rendimentos no mercado português.

O Grupo presta os seus serviços através de 20 unidades (onde se incluem dez hospitais privados, um hospital do SNS explorado pela Luz Saúde em regime de Parceira Público-Privada, sete clínicas privadas a operar em regime de ambulatório e duas residências sénior) e está presente nas regiões Norte, Centro e Centro-Sul de Portugal. Em fevereiro de 2014, tornou-se a primeira empresa privada do setor da Saúde cotada em bolsa. Em outubro de 2014, a seguradora portuguesa Fidelidade adquiriu 96% das ações da empresa, passando assim a ser o novo acionista maioritário da Luz Saúde.

O presente projeto realizou-se numa das unidades da Luz Saúde, no Hospital da Luz Póvoa de Varzim, a norte de Portugal. Este hospital disponibiliza uma vasta gama de cuidados de saúde com uma equipa, estruturas físicas e recursos que garantem a segurança e a eficácia dos seus serviços e refletem a inovação tecnológica desta unidade de saúde. A sua visão é prestar cuidados de saúde pela prática de uma medicina de excelência e inovação; garantir um diagnóstico e tratamento médico; disponibilizar uma oferta global de cuidados e que responda à evolução das necessidades de saúde ao longo da vida das pessoas. A sua missão é diagnosticar e tratar no respeito absoluto pela individualidade do doente e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver. Para cumprir a sua missão o Hospital assume o compromisso de Excelência; Inovação e Talento. São oito os valores fundamentais que estão na base da cultura deste hospital: procura incansável de resultados; rigor intelectual; aprendizagem constante; responsabilidade pessoal; respeito e humildade; atitude positiva; integridade e espírito de equipa. Neste hospital existem vários serviços clínicos e unidades. O projeto em foco teve a sua praticidade na UCCI, do hospital.

1.1 - Caracterização da UCCI do Hospital da Luz na Póvoa de Varzim

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados, com o abreviamento de UCCI é regida por um regulamento interno, na qual refere a sua denominação no artigo 1 do

RI, (ver anexo 1), como uma unidade que está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e visa prestar cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade.

A UCCI do Hospital da Luz, anteriormente denominada por Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação da Clipóvoa UMDR, exerce a sua atividade em articulação com os outros serviços, sectores e organismos que integram a RNCCI, no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e da Portaria 174/2014, de 10 de Setembro.

1.2 - Valores, Visão e Missão do HL

A UCCI tem como missão prestar um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, centradas na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, mencionada no artigo 3 do RI, (ver anexo 1).

No desenvolvimento da sua atividade e administração, a UCCI tem princípios e valores, tais como: a humanização dos cuidados – onde garante o respeito pela dignidade humana, no que concerne ao direito dos doentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade e à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos doentes sobre a sua situação de saúde; a ética assistencial – condensar na prática os valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da atividade dos diferentes grupos profissionais; a qualidade e eficiência – relacionar exigências de qualidade com o nível económico; o envolvimento da família – facilitar e incentivar a participação da família; a continuidade e proximidade de cuidados – responder às necessidades de cuidados numa perspetiva articulada de intervenção em rede, mantendo sempre que possível, os doentes dentro do seu enquadramento social e comunitário; o rigor e transparência – atuar sempre com rigor e transparência, de forma a viabilizar os objetivos da UCCI do Hospital da Luz e do Hospital da Luz – Hospital Privado; a responsabilidade – promover uma cultura de responsabilização, obrigando profissionais de saúde e demais colaboradores, que desempenham funções na UCCI do HL ao escrupuloso cumprimento das normas, regras

e procedimentos definidos; a autonomia administrativa – desenvolver uma gestão técnica e administrativa da UCCI do HL autónoma das outras valências do Hospital – Hospital Privado, com meios e orçamentos específicos; a multidisciplinaridade – através de um trabalho em equipa que garanta a prestação contínua de cuidados de qualidade e humanizados.

1.3 - Equipa Multidisciplinar do Hospital da Luz

A UCCI do HL tem uma equipa multidisciplinar. A Unidade tem a seguinte composição:

- Dois Diretores Clínicos/Técnicos – procedem a uma avaliação multidimensional do doente, elaboram a lista de problemas ativos e passivos e definem o plano de individual de intervenção e objetivos a atingir; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Dois Médicos Assistentes – Implementam, do ponto de vista técnico e em articulação com a Diretora Clínica/ Direção Técnica e Equipa de Enfermagem, os planos individuais de intervenção apresentados pelas diferentes áreas envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas e aferição dos planos; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Um Médico Fisiatra – Procede aos registos necessários ao desenvolvimento das ações, sua monitorização e respetivas avaliações multidisciplinares; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Um Enfermeiro Responsável – Dá parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados, nomeadamente sobre questões de ética, humanização e qualidade dos serviços, controlo da infeção hospitalar, entre outros considerados no âmbito das suas competências; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Vinte e quatro Enfermeiros – Propõe ações que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde;

- Uma Assistente Social – Compreende todas as unidades de prestação de cuidados de saúde, de apoio social e serviço religioso, bem como as unidades de apoio à prestação de cuidados; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Uma Psicóloga – Elaboração do plano individual de atividades dos doentes; avaliação dos doentes em internamento; apoio à equipa multidisciplinar; apoio psicológico aos doentes e à família; avaliação das necessidades da família; reabilitação neuropsicologia e estimulação cognitiva nos doentes com demências; terapias de grupo (musicoterapia, e criação de oficinas terapêuticas relacionadas com estimulação sensorial, cognitiva e leitura); participação nas reuniões multidisciplinares; utilização de instrumentos científicos adequados; colaboração na organização de formação profissional da equipa da unidade (comunicação com o doente, família e equipa profissional).
- Sete Fisioterapeutas – maximização da funcionalidade do doente, tendo em conta as suas diferentes dimensões: física, cognitiva, psicológica, social e ambiental; exerce a sua atividade de forma independente, integrado no seio da equipa multidisciplinar, utilizando procedimentos da área da Fisioterapia; utiliza métodos de exame e avaliação para avaliar a capacidade funcional individual, de modo a desenvolver métodos de promoção da saúde, da profilaxia, habilitação, reabilitação e tratamento.
- Dezassete Auxiliares Médicos – auxílio na higiene diária de cada doente, respeitando e promovendo sempre que possível a autonomia de cada um; auxílio em todas as refeições diárias; agendar e organizar todos os planos alimentares e dietas fornecidas pela nutricionista, respeitando sempre as suas indicações para determinados doentes; organização de escalas dos mesmos.
- Uma Terapeuta Ocupacional – habilita para a ocupação, de forma a promover uma melhor qualidade de vida; promovem a funcionalidade/capacidade dos doentes, em atividades de vida diária que devido a algum problema/dificuldade os impediu de as conseguir desempenhar; trabalho ao nível do desenvolvimento das competências/funções perdidas pelos doentes (funções sensoriais, cognitivas, motoras e sociais); participação nas reuniões multidisciplinares.

- Uma Terapeuta da Fala – avaliação e intervenção nas perturbações da linguagem, da comunicação e da deglutição, promovendo o desenvolvimento de competências a estes níveis; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Uma Nutricionista – controlar semanalmente o peso dos doentes; elaborar dietas a todos os doentes da unidade, de acordo com cada necessidade; esclarecer dúvidas relativamente aos planos alimentares e suas dietas; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Uma Animadora Sociocultural – planificação de atividades mensais, organização de eventos/festas comemorativas; decoração da sala de atividades; participação nas atividades lúdicas, cognitivas e sensoriais; participação na musicoterapia e Leitura de histórias/contos. Proporcionar um ambiente acolhedor a todos os doentes e com todos os elementos da equipa da UCCI; participação nas reuniões multidisciplinares.
- Uma Administrativa – Todos os procedimentos administrativos. Atualização das informações de cada doente.

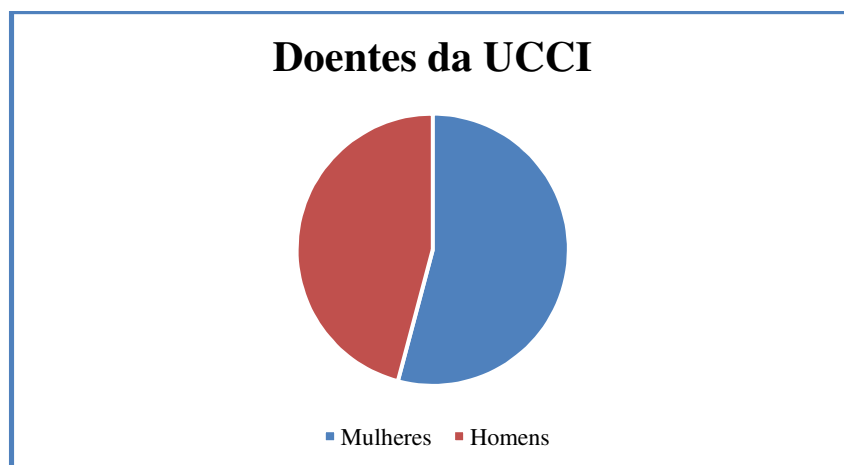
1.4 - Tipologia dos utentes da UCCI do HL

A UCCI, está integrada na RNCCI e visa prestar cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade. Esta Unidade tem a capacidade de doentes é de 33 camas. Por norma a unidade tem sempre 32 doentes. À medida que um doente tem alta médica, entra de imediato novo doente para dar início à sua reabilitação. Os doentes da UCCI têm características muito diferenciadas, trata-se, pois, de um grupo heterogéneo.

Os doentes que permanecem durante os três meses não obedecem a nenhum padrão semelhante. Ou seja, em 32 doentes poderão existir 10 diabéticos, mas esses 10, são também, portadores de várias patologias. Relativamente à idade também é diversificado.

Ao longo dos sete meses, a unidade acolheu 109 doentes. A maioria foi mulheres, como podemos verificar no gráfico 1.

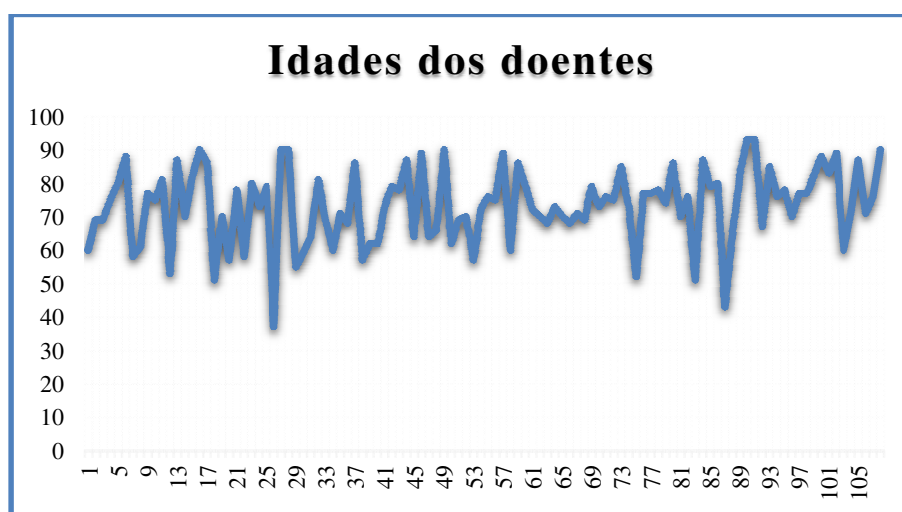
Gráfico 1 - *distribuição de acordo com o sexo*



Nesta unidade, encontramos doentes com AVC's isquémico; Diabetes tipo II; Afasias; Disfagias; Disartrias; Amputações; Fraturas; Miopatia de desuso; Hemiparesias e Hemianopsias; Hemiplegias; Parestesias dos MS; Epilepsias; Perturbações da personalidade; Ansiedade somatizada; Labilidade emocional; Humor depressivo; Deterioração cognitiva; Síndrome demencial; Alzheimer; Esquizofrenia; Hemodialisados; Dislipidemias

Relativamente à idade, verifica-se uma diversidade. Sendo o doente mais novo de 34 anos e o mais velho de 93 anos. Como se pode apreciar no gráfico 2.

Gráfico 2 - *Distribuição de acordo com a idade*



Estes doentes, têm habilitações literárias muito baixas, alguns não sabem ler nem escrever. A maioria teve de sair da escola por imposição dos pais, uma vez que eles

precisavam de ajuda para sustentar a família. Importa, salientar que algumas das informações são provenientes do PII, (ver anexo 3). Tratando-se de um instrumento informativo, essencial para uma melhor compreensão das características de cada doente.

Certos doentes necessitam de ajuda de terceiros para a higiene pessoal, alimentação e caminhar. Dado que estes doentes passaram por situações desagradáveis, da qual resultou uma dependência, a maior parte, deambula de cadeira de rodas ou andarilho. Trata-se de um grupo diversificado que requer todo o cuidado, quer na comunicação, quer no cuidado pessoal.

Os doentes têm uma rotina diária, quer na higiene, quer na alimentação e dias programados para a fisioterapia. Tendo momentos que caso não houvesse intervenção, estariam parados, sem nada para fazer. O que poderia despoletar grande monotonia ou mesmo aborrecimento. Nestes momentos entra a ASC.

A ASC, com este grupo específico de pessoas, requer um trabalho direcionado, muito bem pensado e bem estruturado, uma vez que esta população tem características muito específicas. Numa primeira fase, é fundamental conhecer o grupo com que se irá interagir e, a partir daí, pensar, ajustar ou reformular as atividades mais apropriadas para o mesmo, contribuindo, *“para uma valorização pessoal, tendo como desiderato central a auto-estima e a participação comprometida com um bem-estar individual e colectivo”* (Lopes, 2008, p. 329).

É nestes contextos, que o trabalho da ASC, com estas populações, pode ser desenvolvido mais eficazmente, na medida em que se procura uma melhoria, quer no estado de saúde, quer ao nível pessoal, do doente fragilizado e muitas das vezes débil, pois necessitam de se integrarem no espaço que ocupam e na comunidade a que pertencem. Mas, na realidade, por vezes, estes espaços dedicam-se prioritariamente a tratar das necessidades básicas dos doentes, não os incentivando a procurarem novas formas de intervenção na comunidade ou na sua vida pessoal. *“A animação representa um conjunto de passos com vista a facilitar o acesso a uma vida mais activa e mais criativa, à melhoria nas relações e na comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que se faz parte, desenvolvendo a personalidade do indivíduo e a sua autonomia”* (Jacob, 2008, p. 31).

2. Diagnóstico de Necessidades dos Doentes da UCCI do HL

Na elaboração de qualquer projeto, é de considerar a realização do diagnóstico de necessidades, para que todo o trabalho, a ser implementado, tenha o rigor e a eficácia pretendida. Para, assim, facilitar o cumprimento dos objetivos pretendidos. Feito o reconhecimento das necessidades, o interveniente poderá traçar uma série de atividades, enquadradas, quer com o público e contexto, quer com os problemas e/ou necessidades.

Observando o funcionamento da UCCI, percebemos de imediato a necessidade da intervenção social, face aos doentes. Considerando a heterogeneidade dos doentes que estão internados, é oportuno refletir sobre um conjunto de atividades a serem implementadas. Apesar da unidade estar munida de uma equipa multidisciplinar competente, importa não descurar um acompanhamento contínuo e produtivo perante cada doente em particular, atendendo ao seu estado de saúde e seu nível de capacidades funcionais. Verificamos que muitos dos doentes, para além das limitações físicas, têm distúrbios de sono, depressão e ausência de autoestima. Estes fatores, não ajudam em nada na recuperação. Perante este cenário, é crucial a intervenção da ASC, na medida em que se pode resolver ou minimizar todos estes fatores, recorrendo à estimulação, através de terapias e atividades lúdicas. Assim, os doentes realizam as suas rotinas diárias e deixam de ter momentos “mortos”, tendo como opção, a participação nas atividades e o convívio proporcionado.

Observando toda a equipa, ficou claro que se trata de profissionais disponíveis em colaborar e prontos para acolher novas formas de atuar perante este público. Com uma atuação mais presente e cooperante.

Importa referir que, no decorrer do projeto, fomos tirando alguns apontamentos sobre todo o desenvolvimento e sobre o que íamos detetando, como falhas, para assim podermos corrigir de imediato. Com este procedimento, conseguimos acrescentar ideias e sugestões para um melhor procedimento. Este modo de atuar pode ser fundamentado com a reflexão de Man, *“Reflection and reflective practice are frequently noted in the general education literature and are increasingly described as essential attributes of competent health care professionals who are prepared to address these challenges”* (Argyris and Schoen 1974; Boud et al. 1985; Epstein and Hundert 2002; Moon 1999; Schoen 1983, 1987, cit. por Man, et al. 2009, p. 596). Tal como é referido, e salientamos que a prática de uma reflexão nestes contextos, são mesmo atributos essenciais para uma melhor compreensão de toda a dinâmica.

Verificou-se também uma predisposição para o isolamento, abandono e/ou afastamento familiar. Mesmo constatando que a equipa multidisciplinar tenta minimizar as consequências de algumas destas evidências como o isolamento e afastamento familiar. O abandono e/ou afastamento familiar é um indicador relevante, pois o doente lamenta tal situação, o que o entristece e por consequente ficam desmotivados. Em certos casos, conseguimos perceber que tal afastamento, por parte dos familiares, é devido à falta de recursos financeiros e sociais. O isolamento, apresenta-se como um indicador considerável, na medida em que o doente se observava como dependente, condicionando-o na interação. O indicador forte, é sem dúvida a limitação funcional, o que leva o doente a sentir-se diminuído no meio social. Posto que, alguns doentes tentam ultrapassar esses obstáculos, mas nem sempre é notório porque outras situações, como patologias, ganham força (por exemplo a síndrome demencial).

Conquanto, a falta de dinamismo e interesse, tentamos proporcionar momentos de bem-estar, conforto e satisfação ao doente. Foi neste seguimento que a implementação deste projeto ganha força. Atendendo ao meio hospitalar, e face à situação de cada doente, foram revistas possíveis atividades de intervenção.

A metodologia utilizada neste projeto foi a qualitativa. Esta metodologia demonstra-se importante para a compreensão dos fenómenos humanos e respetivos significados. Assim a nossa intervenção foi baseada na proximidade, com o desígnio de conseguir uma maior participação e envolvência por parte dos doentes. A observação esteve sempre presente em todo o projeto, foi a nossa técnica de atuação.

Segundo Martins, *“nas duas últimas décadas, assistiu-se a uma utilização crescente de abordagens de natureza qualitativa na investigação em Educação. A investigação qualitativa tem na sua essência, segundo Bogdan e Biklen (1994), cinco características: (1) a fonte directa dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados; (2) os dados que o investigador recolhe são essencialmente de carácter descritivo; (3) os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; (4) a análise dos dados é feita de forma indutiva; e (5) o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências (...) nos métodos qualitativos o investigador deve estar completamente envolvido no campo de acção dos investigados, uma vez que, na sua essência, este método de investigação baseia-se principalmente em conversar, ouvir e permitir a expressão livre dos participantes”* (Martins, 2006, cit. por Bogdan & Taylor,

1986). Nesta sintonia, participei em todas as atividades desenvolvidas e/ou promovidas pela unidade, acrescentando todo o meu trabalho, na área da ASC. Todo este trabalho, desencadeou resultados que foram avaliados por grelha apreciativa, elaborada para poder assim qualificar a pluralidade e incongruidade de variáveis demonstradas ao longo do projeto.

3. Objetivos Gerais:

Estabelecer objetivos, é um dos pontos de partida de qualquer projeto. Permitem firmar um maior acoçoamento e envolvimento para e, com o doente.

Este projeto tem como principais objetivos:

- Destacar a importância crucial de um TSES com qualidades de animador sociocultural;
- Desenvolver inteligência emocional dos doentes;
- Potenciar as competências pessoais dos doentes;
- Desenvolver a autoestima e autoconfiança dos doentes;
- Estimular o potencial psicomotor dos doentes.

3.1 – Objetivos Específicos:

A importância de TSES, com qualidades de animador sociocultural, potenciado de valores positivos, para poder dar resposta às necessidades, tanto dos doentes, em fase de reabilitação funcional, no momento do internamento, assim como a toda a equipa multidisciplinar da UCCI.

Consideramos também importante o desenvolver da inteligência emocional dos doentes, no momento da reabilitação. Dado que se deparam com alterações quer físicas, quer emocionais, sendo assim, verifica-se a necessidade de auxílio nesta vertente.

O potenciar das competências pessoais, dos doentes, nesta fase, é também destaque para o nosso trabalho, visto, ser uma possível estratégia para auxiliá-los. Assim como a autoestima dos doentes, também é desenvolvida.

Estimular o potencial psicomotor dos doentes da UCCI, em fase de reabilitação, com a prática de atividades que trabalham a nível cognitivo e sensorial.

No decorrer de todo o trabalho, estiveram presentes outros objetivos, estando, estes, diretamente interligados uns com os outros, tais como, o sensibilizar de toda a

equipa multidisciplinar, quer da importância do papel do TSES, quer do Animador Sociocultural; o sensibilizar os doentes da UCCI, para a relação interpessoal, sendo uma mais-valia, na fase crítica que passam.

4. Planificação/Avaliação do Projeto

Em todo o projeto, a fase da planificação e avaliação, acaba por ser a alma viva de todo o trabalho, a ser desenvolvido. Relativamente a este projeto, foram programadas uma série de atividades e iniciativas, em consonância com o labor da UCCI, já implementadas e em curso. Após ter realizado o levantamento das necessidades, face ao cuidar do doente, em fase de reabilitação, apresentei uma proposta de atividades para trabalhar em alternância com os programas já vinculados. O programa existente era permanente e de ordem fixa, ou seja, quer as atividades, as terapias (fisioterapia, psicologia, TO e TF), e mesmo todo o trabalho por parte dos enfermeiros e auxiliares, foi sempre acompanhado por rotinas diárias. Nos momentos de intervalo entre uma terapia e outra, e cuidados de higiene, entravam as atividades lúdicas e de animação.

A grande prioridade foi centrada na realização de atividades sócio-recreativas e estimulativas para dar resposta, quer na ajuda à reabilitação do doente, quer fomentar a sua própria independência e autonomia, face ao quotidiano, após o internamento na UCCI. As atividades foram organizadas, consoante os dias da semana, ou seja, logo pelo início de todas as manhãs, proporcionávamos um momento para o diálogo, momento, também em que os doentes tomavam o pequeno almoço. As segundas-feiras, eram preenchidas, por uma sessão de estimulação sensorial, com atividades diversas, onde para além do convívio, despertavam as suas sensações, (utilizando os 5 sentidos). Nestas sessões de estimulação sensorial, engloba o visual, auditiva e tátil. Também eram dedicadas às atividades mais lúdicas, destacando a pintura de mandalas. Relativamente a esta iniciativa, no início os doentes, achavam estranho, pois, como é natural, não conheciam, logo não estavam habituados. Mas com o decorrer da iniciativa, ganhavam o gosto e dedicavam-se cada vez mais.

Nas terças-feiras de manhã, a equipa multidisciplinar reunia-se na sala de reuniões, para trocarem informações dos doentes, referentes à semana, (ver anexo 4 e 4a). Essas informações eram registadas. Nestas manhãs de terça, como estava presente na reunião, deixava organizado trabalho para os doentes, e com a colaboração dos auxiliares, os doentes, continuavam a colorir as suas mandalas. Da parte da tarde, era a

terapia de grupo, com a prática da musicoterapia. E em colaboração com as psicólogas, TO e TF, cantávamos e tocávamos diversos instrumentos. Era proporcionado um momento de alegria e convívio entre todos. A restante tarde, voltavam novamente para as atividades lúdicas e plásticas, entre pintura, colagens, tapetes de malha, costura (ver anexos 5 e 6).

Às quartas-feiras, continuavam com as mesmas atividades, uns começavam de novo, outros continuavam com o que tinham em mãos. Organizávamos jogos de mesa (xadrez, bingo, cartas, palavras-cruzadas), (ver anexo 7 e 7a), momento dedicado ao estímulo da memória e cálculo. De seguida, retomavam com as suas atividades plásticas.

As quintas-feiras de manhã, eram de leitura (contos e lendas), acabava quase sempre em momentos de partilha e saberes dos doentes com mais iniciativa e espontaneidade. As tardes, eram dedicadas aos seus trabalhos e atendendo à altura do ano, era destacado o tema a celebrar, ou seja, a título de exemplo, no mês de outubro, altura em que os agricultores fazem a desfolhagem do milho, os doentes tinham a oportunidade de o fazer; altura do magusto, os doentes realizavam trabalhos plásticos com castanhas.

Com a chegada da sexta-feira, alguns doentes ficavam muito contentes, pois o dia era especial. As manhãs eram preenchidas com a sessão de estimulação cognitiva, com atividades dedicadas à ativação da memória, com a utilização de jogos em grupo e individual (puzzles, construções). As tardes eram dedicadas ao “Trabalhar o Eu”, uns gostavam de visitar a capela, inserida no próprio hospital, outros, e mais procurado pelas doentes do sexo feminino, tratavam de si, com as idas ao cabeleireiro (também no próprio hospital) e tratamento de unhas. Nestas tardes, proporcionavam-se momentos de grande proximidade, ao que nos preenchia o coração, com o carinho e o afeto que partilhávamos. Todas estas atividades eram planeadas, divulgadas e afixadas todos os meses, para que a informação chegasse a todos, (ver anexos 8). Aos fins-de-semana, os doentes recebiam mais visitas, quer dos próprios familiares, quer amigos ou mesmo, os vizinhos. Alguns dos doentes, pediam para ficarem com mandalas para colorir, o que me alegrava e me deixava muito mais confiante com tal iniciativa. Com estas iniciativas, sejam elas, do foro da estimulação, das terapias de grupo, das atividades lúdicas ou plásticas, a grande questão é de se tratar de meios e recursos, com a grande finalidade de minimizar os efeitos negativos, quer da reabilitação do doente, quer do

envelhecimento do mesmo e conduzir este público, a viver em melhores condições e a disfrutar de melhor qualidade de vida.

Com a intenção de aprofundar algumas das atividades realizadas, espelho no quadro 1, abaixo representado, fazendo referência os objetivos a trabalhar, como meio de realizar a estimulação quer cognitiva quer sensorial e lúdica.

Algumas Atividades realizáveis:

Quadro 1 - Atividades desenvolvidas com os doentes da UCCI

Atividade	Objetivos	Materiais
Jogo da memória	Estimular a concentração, raciocínio e a observação. Convívio	Puzzles, cartas
Desenho/Pintura livre	Desenvolver a imaginação e a criatividade Abstração do real	Papel, lápis cor e aguarela
Completar provérbios	Estimular a espontaneidade Estimular as capacidade intelectuais e culturais Valorização pessoal	Lista de provérbios
Dominó	Estimular o raciocínio Desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual e participativa e organizativa Convívio	Dominó
Jogo de cartas	Estimular o raciocínio Desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual e participativa e organizativa Convívio	Baralho de cartas
Sopa de letras	Desenvolver e/ou manter a memória e a concentração Incentivar a comunicação e o trabalho de grupo	Sopa de letras e Lápis
Contar anedotas, adivinhas, lengalengas, ditos antigos	Reavivar a memória	-----
Palavras rimadas	Estimular a imaginação e a criatividade Interação de grupo Comunicação	-----
Diferenças	Desenvolver e/ou manter a concentração e a observação	jogo de diferenças jogo
Puzzle de encaixe	Identificar as peças Associar a peça/figura ao orifício correspondente	
Colorir Mandalas	Estimular e desenvolver a concentração; Potenciar a Harmonia; Trazer equilíbrio e libertar bloqueios	Mandalas; Lápis de cor; marcadores

Neste projeto, a atividade de colorir mandalas foi sem dúvida o maior destaque. O processo de colorir, ajuda a trazer equilíbrio e a libertar os bloqueios de energia (medos e frustrações). É uma atividade de consciencialização para quem as pinta. A essência neste trabalho, para além da concentração, está também inerente a terapia das cores – a cromoterapia. A escolha das cores, consegue-se identificar determinados desequilíbrios ou bloqueios, ou seja, cada cor corresponderá a um estado de consciência. Está inerente uma estimulação sensorial, através da cromoterapia. Segundo Jacob, *“a cromoterapia trata do envolvimento da pessoa em raios coloridos*

de modo a provocar diversas sensações. Nós estamos constantemente rodeados de cor, nas suas múltiplas manifestações. Estas têm o poder de evocar os nossos sentimentos e as nossas recordações, possuindo uma linguagem própria. Usada como uma energia, a cor tem o poder de acalmar, excitar, inspirar, equilibrar, manipular, criar um estado de harmonia e curar. Actua sobre três níveis do nosso ser – corpo, mente e espírito. De uma forma geral o vermelho é uma cor energizante, viva, quente; o laranja é uma cor alegre e funciona com antidepressivo; o amarelo é uma cor positiva, excitante e estimulante; o verde é uma cor que transmite equilíbrio e harmonia e o azul é uma cor relaxante, fria e calma; e o violeta é calmante e purificadora”. (Jacob, 2007, p. 71).

Através das atividades de estimulação sensorial e cognitiva, consegue-se manter o cérebro ativo. Tal como refere Jacob, *“as cognitivas são as atividades intelectuais e sensoriais que visam manter o cérebro e o sistema nervoso do sénior activo”*. (Jacob, 2007, p. 47). As atividades que se desenvolveram para esta estimulação, foram: os jogos de memória, o dominó, cartas, o encaixe nos puzzles, sopa de letras, trabalhos manuais, tal como foi referido anteriormente.

A musicoterapia visa estimular a expressão, através da comunicação oral. Recorrendo ao mesmo autor, *“na animação expressiva de comunicação eles transmitem os seus sentimentos e emoções através da voz, do comportamento, da postura e do movimento”* (Jacob, 2007, p.91). Nestas terapias os doentes para além de cantar, acompanhavam o ritmo da música com instrumentos musicais, tambor, xilofone, guizos, ferrinhos, etc. Na leitura, os doentes têm a oportunidade de escutar um conto, que por sua vez desencadeia uma partilha coletiva. Revivem, histórias dos tempos em que eram mais novos. Este momento é um despertar para as suas memórias.

O cuidar do “Eu”, é um dia dedicado sobretudo, ao cuidar da imagem, as mulheres, vai tratar do cabelo e unhas. São momentos em que desenvolvem a autoestima e a vontade de viver. Procuramos que estivesse sempre presente a estimulação, visto que esta cria meios que mantem a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade.

Numa planificação, a fase da avaliação é bastante importante, na medida que nos conduz de forma assertiva a determinados ajustes. Ajustes, esses, que podem fazer sentido ao longo do desenvolvimento do trabalho.

A avaliação de cada atividade foi elaborada ao longo do seu desenvolvimento e o feedback obtido por parte dos doentes no final de cada dia, permitiu-nos melhor e ajustar nas ações seguintes. Essa forma informal de avaliar as ações permitiu aos

doentes, dialogarem sobre o que aconteceu e o que gostariam que fosse trabalhado ou abordado nas seguintes ações. Atendendo sempre à presença de uma grelha apreciativa, para avaliar as atividades realizadas. A grelha foi elaborada para a avaliação das atividades, organizadas durante cada semana. Em síntese, esta grelha (ver quadro 2), determina o grau de satisfação, por parte dos doentes da UCCI, fazendo corresponder um número para cada atividade, sendo que um é pouco satisfatório e cinco muito satisfatório.

Quadro 2 – Grelha apreciativa das atividades semanais.

Atividades realizadas durante a semana	Pontuação
Atividades de estimulação Sensorial	3
Musicoterapia	5
Jogos de estimulação Cognitiva	4
Leitura/Biblioteca	4
Cuidar do “EU”	5

Para além da grelha, esteve sempre presente o diálogo com os doentes, a respeito de todas as dinâmicas desenvolvidas. Assim, conseguíamos compreender melhor todas as suas angústias ou anseios. Procurando, retificar o que tinha de ser retificado, e perceber o ritmo de cada um. Importa, referir que estas atividades foram desenvolvidas com grupos de doentes muito diferentes uns dos outros, cada um com o seu ritmo de participação.

Uma outra ferramenta de avaliação foi através do “*Mini-Mental State Examination*,” trata-se de um teste de rastreio de défice cognitivo/demencial. Este teste foi aplicado aos doentes, pela psicóloga da UCCI, (ver anexo 9). Na reunião semanal, eram partilhadas informações e determinadas avaliações e resultados dos doentes, após aplicar este teste, o que permitia um acompanhamento detalhado de cada doente. Sendo estas atividades realizadas em contexto hospitalar, seria mais um dos motivos para existir rigor na planificação das atividades, uma vez que os doentes, tinham outras tarefas a realizar, que é o caso da higiene, alimentação, visita do médico, idas à fisioterapia. Mediante toda essa logística a planificação foi elaborada.

No cronograma, (ver quadro 3), verificamos a correspondência de cada dia da semana às atividades estabelecidas, através de cores.

5. Cronograma

Quadro 3 – Cronograma das atividades semanais

	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Segundas de Manhã	■	■	■	■	■	■	■	■
Segundas de Tarde	■	■	■	■	■	■	■	■
Terças de Manhã	■	■	■	■	■	■	■	■
Terças de Tarde	■	■	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■	■	■
Quartas de Manhã	■	■	■	■	■	■	■	■
Quartas de Tarde	■	■	■	■	■	■	■	■
Quintas de Manhã	■	■	■	■	■	■	■	■
Quintas de Tarde	■	■	■	■	■	■	■	■
Sextas de Manhã	■	■	■	■	■	■	■	■
Sextas de Tarde	■	■	■	■	■	■	■	■

Legenda:

- Atividades de estimulação Sensorial
- Atividades livres (colorir mandalas; trabalhos manuais)
- Reunião da Equipa
- Musicoterapia
- Jogos de estimulação
- Cognitiva Leitura / Biblioteca
- Cuidar do “EU”
- Jogos de Mesa (dominó, xadrez, loto, galo)

6. Avaliação dos Resultados

Como deu para constatar, os doentes entram numa nova realidade, no momento que ficam internados na UCCI, entram num período de reabilitação. Passam os seus dias dentro do Hospital, realizando terapias e fisioterapias. A Animação é observada como um momento de intervalo entre terapias e fisioterapias. Momento esse, que os ajuda a ganhar mais força para se reabilitarem, com maior confiança e animo.

Após, estes sete meses, sentimos grande gratidão por todo o trabalho desenvolvido. Tratando-se de uma experiência única para um crescimento pessoal e profissional. Consideramos se tratar de um trabalho de grande responsabilidade. Segundo Costa & Cravo (2016), “*Responsabilidade é algo que se conquista através das ações, da resposta aos desafios, do cumprimento dos compromissos, da realização dos objetivos*” (Costa & Cravo, 2016, p. 74). Constatamos que criamos essa responsabilidade no decorrer de todo o trabalho, cumprindo com os objetivos traçados. Mesmo, estando perante um contexto hospitalar, adquirimos respostas positivas. De início o comportamento dos doentes era de hesitante, achavam estranho, certas atividades, ou porque se sentiam invadidos, ou porque queria ficar no seu canto. Este fator notava-se mais nos doentes com certa dificuldade no relacionamento interpessoal. Mas com a continuidade das atividades foram ganhando confiança e motivação. Recordo-me do caso da Senhora Amélia⁵, doente da unidade, com 63 anos de idade, a recuperar de uma fratura do colo do fémur esquerdo, submetida a reabilitação funcional (fisioterapia e psicologia), doente com labilidade emocional e humor depressivo e dependente nas AVD’S, esta doente de início isolava-se no quarto. Com o passar dos dias e com alguma persistência por parte de toda a equipa, convencemos a Senhora a participar, aos poucos, foi se adaptando. Começou a sentir grande conforto e por final, muitas das vezes quando chegava à sala de atividades, já lá estava a Senhora Amélia. Com a prática de colorir mandalas, esta Senhora, melhorou significativamente nos teste realizados pela psicóloga, (MMSE, ver em anexo 9). Doente que numa fase inicial tinha o rosto fechado, sem expressão, com a continuidade das atividades, esta Senhora expressa alegria e vontade de viver. Também outro caso, de uma outra Senhora, de 73 anos de idade, com sequelas de AVC isquémico, doente com afasia e disfagia. Devido ao AVC, a doente ficou com o MS direito paralisado, submetida a reabilitação funcional (fisioterapia, psicologia, TO e TF). Esta doente, marcou toda a equipa pela positiva,

⁵Amélia, é um nome fictício. Para manter o anonimato dos doentes.

visto que com a sua participação nas terapias (musicoterapia e coloração de mandalas), a doente de um momento para o outro começou a cantar. Como não comunicava verbalmente, a doente numa das sessões de musicoterapia começou a cantar, o momento foi de grande alegria. Esta doente, coloria as mandalas com o MS esquerdo, (ver figuras 14, 15 e 22 em anexo). Verificamos que através do reconhecimento positivo e contínuo, conseguimos alcançar a autoconfiança e autoestima desejada.

Temos o caso de um senhor, de 78 anos de idade, teve um AVC, deambula com cadeira de rodas, necessita de ajuda de terceiros para as AVD's, submetido a reabilitação funcional (fisioterapia, psicóloga e TO). Trata-se de um doente com depressão moderada, muito queixoso, com dificuldade na concentração, passou a colorir mandalas, ganhou mais concentração e motivação em participar nas restantes atividades, (ver figuras 11 e 12, em anexo).

Uma senhora de 75 anos, teve hemorragia occipital direita, despoletando uma hemiparesia direita. Doente afásica e com MS direito plégico, possuindo também hipotiroidismo grave. Submetida a reabilitação funcional (fisioterapia, psicologia, TO e TF). Todo este quadro clínico deixa a doente instável e insegura. A determinadas horas do dia, a doente ficava agitada e transtornada, com a ajuda da musicoterapia, esta permanecia calma e muito mais serena, (ver figura 8, em anexo). Com o meu apoio, coloria mandalas, onde conseguia desencadear um sorriso nos lábios.

Um outro caso, de uma doente que guardo, até hoje, grande carinho, senhora de 77 anos de idade, internada para reabilitar de uma fratura do colo do fémur. Deambula com o apoio de canadianas. Doente com depressão moderada, deprimida e muito triste, devido a não ter ultrapassado determinadas perdas de ente queridos. Tivemos longas conversas, com a grande obtenção de desenvolver capacidades pessoais para ultrapassar os seus problemas e angústias. Esta doente, encontrou na coloração de mandalas, nova orientação da vida. Comentava comigo que: “- *Aí doutora! Ainda bem que está aqui comigo, a dar-me estes desenhos para pintar, consigo ficar grande tempo sem pensar em trenguices!*” Estas palavras davam mais força e animo para continuar com o trabalho. Todas as sextas-feiras, vinha ter comigo, para lhe deixar mandalas e marcadores, para poder colorir, durante o fim de semana, (ver figuras 16, 17 e 18, em anexo).

Para além de colorir as mandalas, os doentes participavam na realização de outros trabalhos manuais e artísticos, (ver figura 19 e 20, em anexo). A criação de mandalas, utilizando os marcadores já gastos. E a criação de um tabuleiro do jogo do

galo, trabalho em equipa, onde um elaborava o tabuleiro, outros revestiam os objetos do jogo com lã. Os doentes, ficavam encantados com o resultado final, o que despoletava sempre entusiasmo para a realização de novas atividades. Os trabalhos eram expostos, o que permitia aos doentes, observar diariamente todo o trabalho desenvolvido por eles, desencadeando maior confiança e desenvolvendo autoestima.

No âmbito geral, os objetivos foram cumpridos. Verificou-se melhorias significativas em determinados doentes, com a continuidade das atividades, sendo resultados obtidos, através das informações, facultadas pela psicóloga, TO, TF, e pelos enfermeiros.

Não obstante, importa referir que face a estas melhorias, não significa que os doentes tenham ficado reabilitados na sua totalidade, o facto é que se verificou uma mudança de comportamento pela positiva que por sua vez, favoreceu no processo de reabilitação do doente.

Tentamos cumprir com eficiência e eficácia nas atividades, procurando manter alguma flexibilidade, atendendo a cada ritmo do doente e respeitando cada personalidade.

Considerações Finais do Projeto

Este é o momento de encerrar a descrição do projeto enfoque. Contudo, não é possível encerrar em definitivo um momento de crescente evolução pessoal e profissional, sendo que esta evolução não termina. Pois, acontece ao longo de toda a vida, com as experiências e vivências que a mesma oferece.

Sendo este projeto aplicado circunstancialmente, em contexto hospitalar, estamos perante dois fatores primordiais à vida, - o Ser Humano e a Saúde. O Ser Humano, enquanto pessoa. Borges (2011), menciona M. Moreno Villa, na sua reflexão, *“quando pensamos na pessoa, encontramos momentos essenciais para a sua compreensão. A pessoa é um indivíduo, mas não podemos ignorar que também uma árvore ou um carro são indivíduos. A diferença está em que um carro, por exemplo, é substituível; uma pessoa – pensemos num amigo -, não. A pessoa tem carácter de unicidade, é única, insubstituível, não permutável”* (Borges, 2011, p. 51).

A saúde, um fator essencial à vida humana. Recorrendo à definição da OMS, que refere, *“A saúde é um estado de bem-estar completo, físico, espiritual e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidades”* (Borges, 2011, p. 102). Perante esta definição, encaminha-nos para uma realidade que requer uma estrutura de apoio social, fase às pessoas em estado de falta de saúde. Este projeto, poderá ajudar a dar resposta a essa falta. Foi mencionado num ponto anterior, a necessidade de cuidados. Ainda o mesmo autor, menciona Heidegger, um dos maiores filósofos do século XX, do qual, refere-se ao cuidado como algo presente e essencial do Homem, ao longo de toda a sua vida. *“o cuidado é estrutura essencial do ser humano. O Homem, que tem a sua origem no cuidado, pertence-lhe ao longo da vida e não ser abandonado por ele (...). Vimos ao mundo e cuidaram de nós. Mas o cuidado nunca nos pode abandonar. Sem o cuidado, ao longo da vida toda, do nascimento à morte, o ser humano desestrutura-se, sente-se perdido, não encontra sentido e acaba por morrer.”* (Borges, 2011, p. 105).

Os doentes da UCCI, passam por um momento das suas vidas que necessitam de cuidados. Sendo crucial salientar que estes cuidados, não se tratam meramente nos cuidados ao nível da higiene ou de enfermagens, como já foi referido anteriormente. Não sendo demais, e este momento é propício a isso, dar ênfase ao significado de cuidado, como um fator primordial na obtenção ou prevenção de saúde no ser humano. Recorrendo à origem da palavra cuidado, segundo os clássicos de filologia, deriva do latim *cura*, e era usada em condições de amor e de amizade. Estava presente, para quem

a expressasse, uma atitude de preocupação, cuidado e inquietação pela outra pessoa ou objeto de estimação. Cuidar é um princípio que deve nortear a vida, que marca pessoas, que traz esperança. Nesta lógica, este projeto, vincula isso mesmo. Concordamos que todo o ser humano, para além da saúde, tem a necessidade intrínseca de se relacionar. *“Pela sua própria constituição, o Homem enquanto pessoa é relacional, nunca é sozinho. Por isso, em nenhuma solidão, está absolutamente só, pois somos não só o que fazemos de nós, mas também o que os outros nos fizeram; toda a solidão é, pois, sempre solidão acompanhada”* (Borges, 2011, p. 51). Perante esta perspetiva filosófica, podemos encaminhar numa lógica de pensamento, de que tanto o ser humano, a saúde e o cuidado, são fatores bastante relevante a considerar. Em suma, o projeto realizado deu ênfase a esses fatores. Estando em causa a saúde do doente, este é observado e respeitado enquanto ser humano individual, numa corrente de compaixão e cuidados, perante as fragilidades e limitações da pessoa. Essa corrente foi desenvolvida, pela equipa multidisciplinar, dando eventual destaque, neste projeto, ao TSES com qualidades de Animador Sociocultural.

Perante este panorama, importa compreender uma série de vertentes, inerentes a esses mesmos fatores. A conscientização da relação desses fatores e suas condicionantes, trata-se de um processo a ser organizado. Freire (2014), destacou a definição de conscientização como sendo o descortino do Ser Humano conhecer a sua realidade. No desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ou seja, adquirir a sua própria liberdade. A conscientização é a luta que o Ser Humano faz para se libertar dos obstáculos que impedem uma boa perceção da vida. O autor, refere o homem como um ser que cria, e se realiza como sujeito, exigindo uma reflexão, uma crítica, uma invenção, uma decisão, uma organização e uma ação. Assim, todas estas questões criam o Ser, não somente adaptado à realidade e aos outros, mas integrado. Tratando-se de um processo, e como tal, é um trabalho lento, exigindo muita resiliência e tolerância. Ainda o mesmo autor, numa ótica de educação e conscientização, *“numa sociedade em transição como a nossa, inserida no processo de democratização fundamental, com o povo em grande parte emergindo, era tentar uma educação que fosse capaz de colaborar com ele na indispensável organização reflexiva de seu pensamento. Educação que lhe pusesse à disposição meios com os quais fosse capaz de superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade, por uma predominantemente crítica”* (Freire, 2014, p. 139). Esta linha de pensamento tanto poderá fundamentar a perspetiva dos profissionais, enquanto

detentores do trabalho a executar, tanto a perspectiva do doente, como indivíduo integrado na sociedade.

De considerar que todo o trabalho desenvolvido foi uma fusão da teoria com a prática. Numa realidade de imergir na prática, com todos os conhecimentos adquiridos ao longo da etapa académica. Agora, face a uma experiência profissional, relatada com sucesso. Comprovando que quando nos deparamos com a realidade profissional, evidenciamos que conseguimos colocar em prática tudo aquilo que nos foi transmitido, com o acrescento da nossa própria essência. Não poderei deixar de, mencionar a minha relação e com toda a equipa multidisciplinar, desde a diretora do serviço à empregada de limpeza, passando pelos doentes. Foi, e é, uma relação de respeito e cooperação. Com todos eles, apreendi e evoluí quer profissionalmente quer emocionalmente.

A realização deste projeto e a concretização da sua descrição, representa a fase final de prova, ao grau de mestre em Ciências da Educação, constato que toda esta experiência foi de grande importância e elevação para um futuro exercício na minha profissão. Evidenciando a experiência pessoal e académica. Construindo pontes de conhecimento e saberes que com o tempo e o somar das experiências me projetem à sabedoria.

Reflexão

Ao longo destes sete meses, foram ganhos momentos de grande crescimento, em sincronicidade com toda a equipa da UCCI. Vivenciando toda a prática, em contexto hospitalar, com a cooperação da equipa multidisciplinar e um grupo de pessoas doentes, em fase de limitações físicas e psíquicas.

O que se pretende, nesta altura é colocar um ponto final nesta etapa e construir próximas etapas em ressonância com estas experiências. Pois o processo é sempre construtivo e de aprendizagem. É relevante fazer as últimas reflexões perante este trabalho, até porque se tratou de uma realização pessoal e profissional desbravadora. Após vários estágios académicos, esta foi uma nova fase para mim. Na perspetiva de realizar um trabalho autónomo, coerente e íntegro para mim. A aplicação deste projeto é de grande congruência na minha filosofia de vida. Da qual respeita o “outro” como um Ser Humano, digno de humanidade e compaixão.

No desenvolver deste trabalho, faço referência à espiritualidade. Este termo já se encontra suficientemente amadurecido, para reconhecermos que somos dotados de inúmeras faculdades quer cognitivas, quer emocionais. Somos possuidores de uma inquietação racional, o que nos projeta para várias questões, ao qual ambicionamos respostas.

Segundo a OMS, “(...) *espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material que pressupõem que há mais no viver do que se pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo o indivíduo para questões como o significado e o sentido da vida, (...). Reconhecendo a sua importância para a qualidade de vida, a OMS incluiu a espiritualidade no âmbito dos domínios que devem ser levados em conta na avaliação e na promoção de saúde em todas as idades*” (OMS, cit. por Martins, 2013).

Sou crente que para além do racional, existe algo na natureza que nos encaminha para uma sincronicidade e harmonia humana. O que dá origem a um Ser Humano mais completo, mais capaz de estar à altura das responsabilidades inerentes à nossa evolução, seja ela interior, ou exterior. Segundo Chopra (2012), “*combinando ciência e espiritualidade, poderemos ir além de uma percepção do nosso ambiente circundante, puramente determinada pelos sentidos, e atingir uma outra mais expansiva da forma como estamos ligados a um mundo, a um universo, a um nível mais profundo e fundamental. Através da espiritualidade, conseguimos perceber conexões que*

seriam inalcançáveis por meios exclusivamente racionais e científicos” (Chopra, 2012, p. 19). Esta perspectiva, perante a espiritualidade é em termos muito genéricos. Sendo mais objetiva, e refletindo num profissional, independentemente da sua área de formação, a sua postura perante a vida, perante si mesmo e para com o “outro”, influenciam as suas decisões e as suas atitudes. Ao remetermo-nos à espiritualidade, este profissional assumirá uma postura positiva, fase a estar conectado com determinados valores que o vão reger e conduzir a uma postura íntegra e digno de um comportamento congruente com o todo. Valores, esses, que poderão ser desenvolvidos ao longo da vida.

No decorrer deste trabalho, desenvolvido na UCCI, consegui constatar que através da simplicidade obtenho grandes feitos. Ou seja, aprendi com a vida, e coloco na prática. Existem práticas e disciplinas espirituais que estão disponíveis para todos, vai achar um absurdo quando revelar quais são. Tendo a oportunidade de colocar em prática este projeto, dei-lhe um toque destas práticas e estando sempre presente a disciplina espiritual. Passo a enumerar: a Respiração, a Gratidão, a Benevolência e a Resiliência. Estas quatro práticas são maravilhosamente eficazes. A respeito da Respiração, esta ocorre naturalmente sem nos darmos conta. Mas quando realizada de forma consciente, conseguimos centrar-nos e estabilizar-nos. Ao deparar-me com um doente agitado, respirar em simultâneo com ele, este automaticamente tranquiliza, salve exceções graves. O fluxo da matéria e/ou energia faz-nos sentir muito mais soltos e mais disponíveis à informação. No caso da Gratidão, esta prática está inteiramente ligada à dignidade e ao agradecimento pelo todo. Sentirmo-nos gratos é um ato revolucionário que não depende de circunstâncias externas. Basta, presenciar o agora, e percebemos que temos muito em nosso redor. Libertando-nos da pressão de uma sociedade em pleno consumo exacerbado. A Benevolência, diretamente ligada à bondade, à compaixão e ao altruísmo. Esta prática é excelente para dismantelar o medo e o sofrimento. Uma pessoa benevolente gera cuidado e compreensão pelos outros. Por último a Resiliência, é um valor grandioso nos dias que correm. Colocar em prática a resiliência, conseguimos superar obstáculos e conflitos circunstanciais. Por vezes, não é fácil manter estas práticas, quando observamos que todo o sistema global necessita de mudança, reparo que é urgente uma nova forma de pensar, logo agir em consonância. Recordo-me de ler uma frase de Albert Einstein; *“Não podemos resolver um problema com o mesmo tipo de pensamento que lhe deu origem”*. Importante não circundar o problema, mas sim mudar para um novo paradigma. Óbvio, que seria muito mais fácil, se todos os

profissionais, doentes e familiares dos mesmos, começassem a aplicarem as práticas espirituais.

Sou de opinião que a quando o momento de colocarmos em prática todos os conhecimentos adquiridos, temos a perfeita noção da realidade. Perante o trabalho com pessoas fragilizadas, não basta verbalizar que se compreende como eles se sentem. É essencial sentir o que eles sentem para obter melhor precessão dos seus pensamentos e comportamentos, e por sua vez, ter a maestria de encaminhar e orientar essas pessoas para uma melhoria de vida.

Acreditando no empoderamento, fase às controvérsias da sociedade atual. No cunho pessoal, este projeto, foi uma constatação de que aquilo que vinha a projetar, se concretizou. Ao observar os doentes a colorir mandalas, sabia que iria criar algum desconforto inicial, mas com o continuar e a persistência, na atividade, os resultados são bem satisfatórios. Sinto grande alegria e orgulho no trabalho que desempenhei, pois, os resultados são visíveis. Uma experiência que guardo com carinho e sempre num acreditar que poderei alcançar outros públicos.

Muito Grata!
Sandra Alves

Referências bibliográficas

- ANDER-EGG, E. (2011). *Metodologia da Animação Sociocultural* in. Lopes, Marcelino S. (coord.) metodologias de investigação em animação sociocultural, pp. 11-52. Chaves: Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- ANDER-EGG, E. (2008). *A Animação Sociocultural, e as prespetivas para o século XXI* in. Pereira, José, Vieites, Manuel e Lopes, Marcelino. (coord.): *Animação Sociocultural e os Desafios do século XXI*, pp. 19-32. Chaves: Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- AZEVEDO, S. (2011). *Técnicos Superiores de Educação – Necessidade e Pertinência de um Estatuto Profissional*, 1.^a Edição. Porto: Fronteira do Caos Editores Lda. e Autora.
- BABO, M.A. (2010). *Animação Sociocultural e Necessidades Educativas Especiais – A actividade lúdica: um instrumento de inclusão da criança com Necessidades Educativas Especiais*, Coord., Marcelino de Sousa Lopes e Mariana Salgado Peres, 1.^a Edição. Chaves: Intervenção.
- BATISTA, A. (2014). *Animação Sociocultural: Imprecisões, ambiguidades, incertezas e controvérsias de uma ocupação profissional*, Fórum Sociológico, 25. Série II, acessido a 15 Abril 2017. URL: <https://sociologico.revues.org/898>.
- BARROS, T. (2014). *Saber cuidar: Ética do Humano*, Compaixão pela Terra. Blog, acessido a 10 Março 2017. URL: <http://aumagic.blogspot.com/2014/04/saber-cuidar.etica-do-humano-compaixao.html>
- BERNET, J.T. (2004). *Animação Sociocultural: Teorias Programas e Âmbitos*, Cap. 2, Lisboa: Instituto Piaget.
- BERTRAND, Y. (2001). *Teorias contemporâneas da educação*, 2.^a Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- BORGES, A. (2011). *Deus e o Sentido da Existência*, 1.^a Edição. Lisboa: Gradiva.
- CAMPOS, P. (2010). *Os meios de comunicação social e o “empoderamento” da terceira idade*. Sescsp, posto online no dia 29 Julho 2010, acessido a 21 Maio 2017. URL: https://www.sescsp.org.br/online/artigo/6402_OS+MEIOS+DE+COMUNICACAO+SOCIAL+E+O+EMPODERAMENTO+DA+TERCEIRA+IDADE.

- CARAPINHEIRO, G. (2014). *Os desafios dos saberes na investigação em saúde*, *Fórum Sociológico*, 24, posto online no dia 01 Novembro 2014, acessado a 22 Abril 2017. URL: <http://sociologico.revues.org/985>; DOI: 10.4000/sociologico.985.
- COSTA, C. & CRAVO, A. (2016). *Emoções e Sociedade: Estratégias Facilitadoras para contexto escolar e familiar*, 1.^a edição. Corroios: Plátano Editora.
- CHOPRA, D. (2012). *Ciência e Espiritualidade: Diálogo em tempo de crise e transformação*, Coord., Ervin Laszlo & Kingsley L. Dennis, 1.^a Edição. Lisboa: Sinais de Fogo.
- FREIRE, P. (2014). *Educação como Prática da Liberdade*, 36.^a Edição. São Paulo: Paz e Terra.
- FORMOSINHO, M.D. (2007). *Teoria da Educação, Contributos Ibéricos*, Coord., João Boavida e Ángel García del Dujo. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- FONSECA, M. (1997). *Ciências da Educação e Filosofia da Educação*, Sócrates, in: *Millenium*, Revista do IPV, n.º. 6, posto online em Março 1997, acessado a 20 de Abril 2017. URL: http://www.ipv.pt/millenium/pce6_mjf.htm.
- GUIMARÃES, H. (2007). *O impacto da espiritualidade na saúde física*, *SciELO, Rev. Psiquiátrica. Clín.*, vol.34, suppl. 1, pp. 88-94. ISSN0101-6083, acessado a 5 de Março de 2017.
- GÓMEZ, J.A.C. (2004). *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*, Cap. 2, pp. 45-62. Lisboa: Instituto Piaget.
- JACOB, L. (2007). *Animação de Idosos _ Atividades*, 1.^a Edição. Porto: Ambar.
- JUNG, C.G. (2000). *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. Petrópolis: Vozes, pp. 347-381, www.clinicapsique.com, acessado a 1 de Maio de 2017.
- LIMA, L. (2014). *Saber cuidar: Ética do Humano*, *Compaixão pela Terra*. Blog, acessado a 10 Março 2017. URL: <http://aumagic.blogspot.com/2014/04/saber-cuidar.etica-do-humano-compaixao.html>
- LOPES, M.S. (2008). *Animação sociocultural em Portugal*, 2.^a Edição. Amarante: Intervenção- Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- MANN, K. et al (2007). *Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review*, *Adv in Health Sci Educ*, p. 596, DOI 10.1007/s10459-007-9090-2, acessado a 13 de Maio de 2017.

- MARTINS, A. (2013). *Serviço social no envelhecimento*, Coord. Maria Irene Carvalho. Lisboa: Pactor.
- MARTINS, (2006). *Avaliação do valor educativo de um software de elaboração de partituras: um estudo de caso com o programa Finale no 1o ciclo*, capítulo 3, <https://repositorium.sdum.uminho.pt>, acessado a 11 de Abril de 2017.
- OSSWALD, W. (2014). *Da vida à morte: Horizontes da Bioética*. 1.ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- PASE & SANTOS, (2008). *Democracia e desenvolvimento: Seminário Nacional de Ciência Política – Democracia em Debate*. Dissertação de mestrado. UFRGS, Porto alegre.
- PAÚL. C. & FONSECA. A. (2005). *Envelhecer em Portugal – Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- REGULAMENTO INTERNO, (2013). Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Hospital Privado – Hospital da Luz, documento acessado no hospital da luz, a 5 de Janeiro de 2017.
- SUBTIL, A. (2016). *Trabalhando os Chakras com Mandalas*, 1.ª Edição. Lisboa: Chiado.
- TRILLA, J. (2004). *Animação Sociocultural: Teorias Programas e Âmbitos*, Lisboa: Instituto Piaget.
- VALOURA, L. D. C. (2011). *Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador*.
- ZIMERMAN, G. (2007). *Guide Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Cetep Técnico de Enfermagem B, Porto Alegre: Artemed, acessado a 12 de Abril 2017.

Sites e documentos consultados:

www.sg.min-saude.pt, acessido a 10 Abril de 2017

www.academia.edu, acessido a 2 de Março de 2017

<http://leonardoboff.com/site/vista/outros/etica.htm>, acessido a 5 de Março de 2017

www.sielo.br, acessido a 6 de Março de 2017

www.codigo-de-etica.info/o-que-e-etica.html, acessido a 7 de Abril de 2017

www.scholar.google.pt, acessido a 15 de Abril de 2017

www.ufrgs.br, acessido a 20 de Maio de 2017

www.sescsp.org.pt, acessido a 21 de Maio de 2017

www.escolapsicologia.com, acessido a 3 de Março de 2017

www.dicionariodesimbolos.com, acessido a 1 de Maio de 2017

www.significados.com.br, acessido a 1 de Maio de 2017

www.mundodasmandalas.com, acessido a 1 de Maio de 2017

Anexos

Anexo 1 - decreto de lei

Diário da República, 1.ª série—N.º 174—10 de setembro de 2014

4865

vi) Estabelecer que compete à nova direção da Casa do Douro que for eleita, mediante autorização da tutela, nos termos da lei, adquirir e alienar os bens móveis e imóveis, alienar participações sociais minoritárias em entidades compatíveis com as atribuições que a Casa do Douro prossegue, designadamente de carácter mutualista, bem como autorizar o pagamento das despesas orçamentadas e contrair empréstimos dentro dos limites fixados pelo conselho regional;

vii) Estabelecer que o presidente da comissão de fiscalização da Casa do Douro é um revisor oficial de contas, designado pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, sendo os vogais eleitos pelo conselho regional e que este órgão é competente para supervisionar o processo eleitoral para os órgãos da Casa do Douro;

viii) Proceder à adequação dos Estatutos em conformidade com a presente lei, nomeadamente revogando as disposições consideradas necessárias;

z) Estabelecer que são revogados, com efeitos a 31 de dezembro de 2014, os Decretos-Leis n.ºs 486/82, de 28 de dezembro, e 277/2003, de 6 de novembro.

Assembleia da República, 8 de setembro de 2014. —
O Secretário-Geral, *Albino de Azevedo Soares*.

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS, DA SAÚDE E DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 174/2014

de 10 de setembro

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados.

Neste contexto, a Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de fevereiro, definiu, em termos genéricos, as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento da RNCCI.

Contudo, face à experiência decorrente da aplicação dos referidos normativos, revela-se necessário introduzir aperfeiçoamentos no que respeita às condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e definir as relativas às unidades de ambulatório.

Importa, também, regular o funcionamento, das equipas de gestão de altas, e equipas de cuidados continuados integrados.

Definem-se, igualmente, os requisitos técnicos das condições de instalação e de funcionamento das unidades de internamento e de ambulatório, aqui regulamentados através de programas funcionais para as diferentes tipologias, traduzindo um maior aperfeiçoamento face aos anteriores requisitos aplicáveis a esta matéria.

Por outro lado, e ainda no que concerne ao funcionamento das unidades de internamento, prevê-se que até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento

para as unidades da RNCCI seja emitida autorização de funcionamento pelos competentes serviços do Ministério da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Tendo em conta a necessidade de garantir a sustentabilidade das entidades promotoras e gestoras preveem-se na autorização de funcionamento os lugares que integram a RNCCI bem como os lugares que podem ser geridos pelas entidades de forma autónoma.

Prevê-se, ainda, em sede do presente diploma a figura do contrato de prestação de serviços a celebrar entre as entidades promotoras e gestoras de unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório e o utente, instrumento jurídico que visa clarificar as relações entre o prestador de serviços e o utente.

Vem, também, definir-se o número mínimo de recursos humanos a afetar ao funcionamento das diferentes tipologias da RNCCI.

Importa, ainda, regular as condições de adesão à RNCCI por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cujo processo tem início com o pedido de adesão e fica dependente da celebração de contrato escrito a celebrar com as Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS) quando estejam em causa unidades de convalescença e ainda com os Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., (CDists do ISS, I. P.) quando estejam em causa unidades de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e unidades de ambulatório, nos termos do qual se contratualizam programas de cuidados continuados e se definem os direitos e obrigações das partes outorgantes.

Por último, na decorrência das últimas alterações legislativas às atuais orgânicas do Ministério da Saúde, a coordenação nacional da RNCCI é agora assegurada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), mantendo-se os dois níveis territoriais de operacionalização, o regional e o local, assegurados pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sediadas nas ARS, e pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidade Local de Saúde, que não tenha ACES constituído.

Assim, ao abrigo dos artigos 41.º, 42.º e 37.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, do artigo 23.º e do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministro da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas

últimas designadas por equipas domiciliárias, previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

2 — A presente portaria regula também os vários níveis de coordenação da RNCCI.

3 — São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI após a entrada em vigor do presente diploma.

4 — Excetua-se do âmbito de aplicação da presente portaria as unidades de internamento e de ambulatório destinadas a cuidados pediátricos, as quais se regem por legislação própria.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma consideram-se:

a) “Condições de instalação”, as condições relativas à construção e segurança das instalações e das pessoas no que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da RNCCI, compreendendo a construção de raiz, a remodelação e a adaptação de edifícios.

b) “Condições de funcionamento”, as condições que permitem e viabilizam a concretização dos objetivos das unidades e equipas da RNCCI.

c) “Condições de adesão”, as condições que viabilizam a integração das entidades promotoras e gestoras na RNCCI.

CAPÍTULO II

Condições de instalação

Artigo 3.º

Instalações

1 — As instalações de unidades da RNCCI devem estar em conformidade com a legislação nacional e comunitária vigente, nomeadamente no que diz respeito a:

- a) Localização;
- b) Terreno;
- c) Construção;
- d) Instalações e equipamentos de águas e esgotos;
- e) Instalações e equipamentos elétricos;
- f) Instalações e equipamentos mecânicos, incluindo as centrais e redes de gases medicinais;
- g) Instalações e equipamentos de segurança contra incêndios;
- h) Equipamento geral;
- i) Equipamento de uso clínico;
- j) Sistema de gestão de resíduos de natureza diversa.

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I, II e III à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — Ao licenciamento de construção e autorização de utilização é aplicável a legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na presente portaria.

CAPÍTULO III

Condições de funcionamento

Artigo 4.º

Direitos dos utentes

Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, o funcionamento das unidades e equipas da RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes direitos do utente:

- a) Integridade física, psíquica e moral;
- b) Identidade pessoal e reserva da vida privada;
- c) Não discriminação;
- d) Respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação dos cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- e) Participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- f) Confidencialidade dos dados do processo individual e outras informações clínicas;
- g) Participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafetivo;
- h) Visita, sem restrições de dias, em horário alargado, que tenha em conta as necessidades do envolvimento familiar e social nos termos definidos em regulamento interno e desde que tal não ponha em causa o normal funcionamento dos serviços, o bem-estar dos doentes e a prestação de cuidados aos mesmos;
- i) Convivência social, promovendo o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;
- j) Assistência religiosa e espiritual, por solicitação do utente ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 5.º

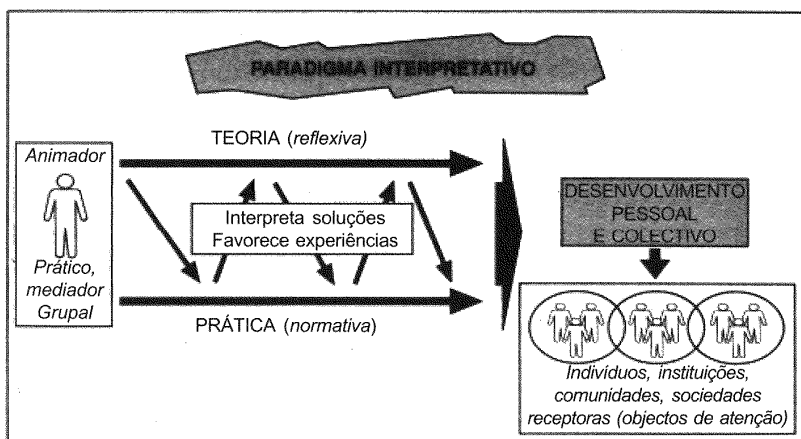
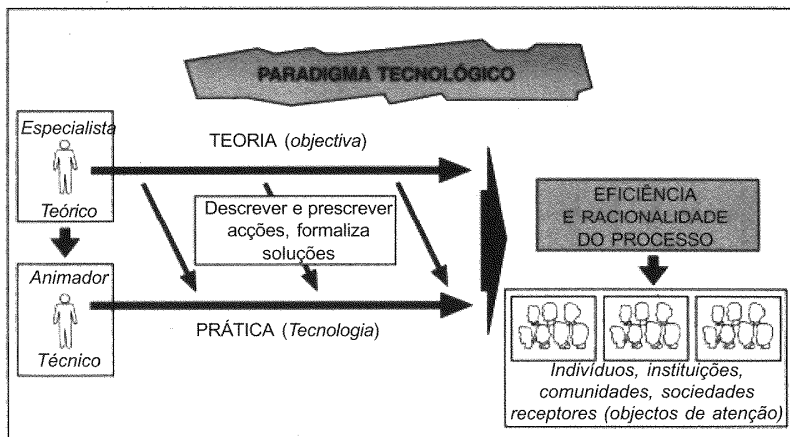
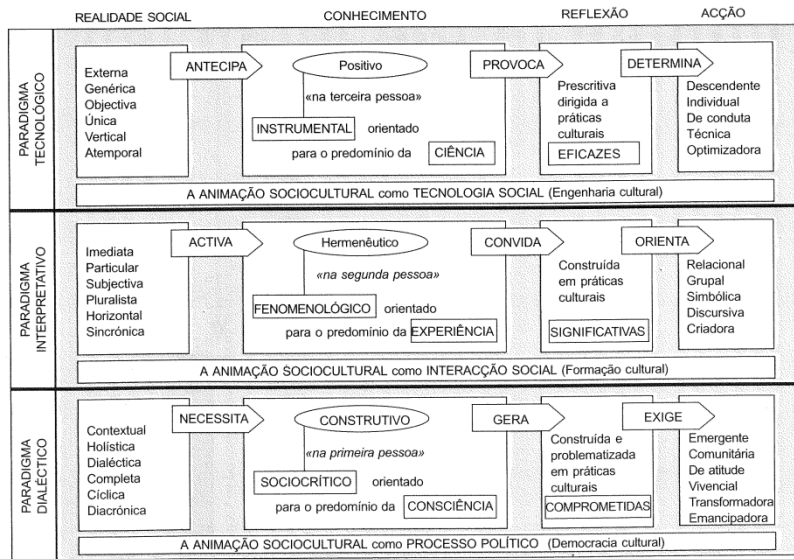
Funcionamento das unidades de internamento

1 — As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

2 — A concretização dos objetivos das unidades da RNCCI exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de conforto e de apoio psicossocial adequados;
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do pro-

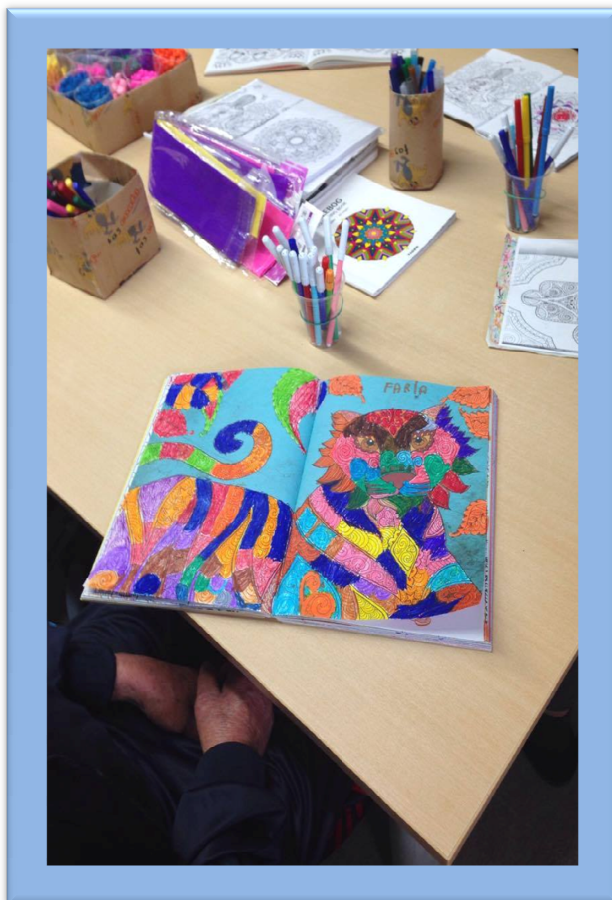
Anexo 2 - Paradigmas



Anexo 3 - Doentes da UCCI do Hospital da Luz, na sala de atividades.







Anexo 4 - Trabalhos realizados por doente da UCCI

