

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo da realização do estágio contei com a ajuda de algumas pessoas que me deram muito apoio, tornando-se um importante pilar para a sua realização e que sem a sua ajuda nada era possível.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Maria Manuel Serrano, que aceitou ser minha orientadora para a realização do estágio, pela sua competência científica e acompanhamento do trabalho, ajudando sempre que necessário, pela sua disponibilidade e generosidade reveladas, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Por outro lado, deixo-lhe também um agradecimento especial a ela por me ter possibilitado a realização do estágio na Associação Oncológica do Alentejo (AOAL), uma vez que foi ela que se disponibilizou para realizar alguns contactos com a Dr.<sup>a</sup> Maria Horta, Presidente da AOAL.

Na AOAL, agradeço particularmente à Dra. Maria Horta, pela possibilidade de realização do presente estágio, ao ter mostrado interesse e disponibilidade para me receber na Associação como estagiária.

Queria agradecer também à minha orientadora na AOAL, Carla Correia, pela sua disponibilidade e acompanhamento porque sem ela também não era possível realizar este estágio.

Expresso também o meu agradecimento à Dr.<sup>a</sup> Soraia Miguéis, psicóloga da AOAL, que me foi ajudando e apoiando ao longo de todo o processo, esclarecendo algumas dúvidas, dando algumas ideias e facultando algumas informações que poderiam ser uteis para o desenvolvimento deste relatório.

Quero agradecer também a todos os professores do curso de Mestrado em Sociologia, por todo o ensinamento transmitido e pela disponibilidade, cumplicidade e amizade criada ao longo de todo este percurso.

Por fim queria agradecer especialmente ao meu namorado, Jorge Piteira, que me deu um importante apoio e ajuda em todo o processo, e que para mim foi outro dos pilares fundamentais nesta etapa.

## RESUMO

O presente relatório surge no seguimento do estágio que realizei na Associação Oncológica do Alentejo, no Hospital Espírito Santo em Évora, no âmbito do trabalho final do Mestrado em Sociologia, na especialização em Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável. O conteúdo de relatório versa sobre a análise e descrição de todas as atividades desenvolvidas ao longo de 6 meses de estágio.

O estágio teve duração de 6 meses, tendo iniciado em Janeiro e terminado em Julho, sendo realizado numa organização particular de solidariedade social, na cidade de Évora. Para além da inserção num contexto organizacional de trabalho, o estágio permitiu-me observar, participar e desempenhar funções na organização, colaborando naquilo que se definia como sendo a sua missão: o bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico. O estágio proporcionou-me, experiências de trabalho, possibilidades de aprender com a prática e construção de conhecimento complementar ao conhecimento adquirido por via do ensino teórico. Tomei assim contacto direto com uma realidade organizacional específica através da qual tomei conhecimento dos mecanismos utilizados pela organização na construção social do bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico, através da qual pude aprofundar conhecimentos sobre o trabalho numa organização, como também experienciar na prática a importância estratégica das metodologias e práticas de desenvolvimento de recursos humanos em contexto de saúde e compreender as dinâmicas de desenvolvimento de recursos humanos no contexto de organizações. Tratando-se de um estágio fiquei sujeita à organização e divisão do trabalho vigente na organização e à realização das tarefas que me foram destinadas.

A estratégia metodológica utilizada baseou-se na observação direta sistematizada (através da construção de grelhas de observação e respetivo preenchimento e análise) e observação participante, que me permitiu proceder à recolha de informação pertinente sobre a realidade observada. Estando no papel de estagiária, não me limitei apenas à observação pacífica, mas também interagi com as pessoas (trabalhadores e utentes). Recorri ainda à análise documental, cuja consulta foi autorizada pelos responsáveis, de vários documentos fornecidos pela organização (e.g. estatutos, regulamentos, balanço social, práticas de GRH - voluntários e não voluntários, etc.). Realizei ainda um levantamento de bibliografia específica sobre organizações desta natureza, bem como de relatórios e estudos disponíveis sobre a temática do bem-estar e qualidade de vida de doentes oncológicos.

**Palavras-chave:** Construção social, Bem-estar, Qualidade de Vida, Saúde.

## **The social construction of well-being and quality of life of oncology patient in a private organization of social solidarity**

### **ABSTRACT**

The present report comes from an internship that I performed on the Oncology Association of Alentejo in Spirit Hospital Holy, Patronage Edifice, in Évora under the master's degree final work in Sociology, with specialization in Human Resources and Sustainable Development and sports as its main objective the analysis and description of all activities undertaken over 6 months internship.

The internship lasted six months, having started in January and ended in July, being realized at a private solidarity social organization in the city of Évora. In addition to inserting an organizational context of work, the internship allowed me to observe, participate and play roles in the organization, working in what is defined as its mission: the well-being and quality of life of cancer patients.

The internship provided me, work experiences, opportunities to learn through practice and construction of complementary knowledge to the knowledge acquired by means of theoretical.

Thus I took direct contact with a specific organizational reality through I learned the mechanisms used by the organization in the social construction of well-being and quality of life of cancer patients, through which could deepen knowledge about working in an organization, as well as experience in practice the strategic importance of the methodologies and practices of human resource development in the health context and understand the dynamics of development of human resources in organizations. In the case of a stage I was subject to the organization and division of labor prevailing in the organization and carrying out tasks that were assigned to me.

The methodological strategy was based on systematic direct observation (by building observation grids and its respective fill and analysis) and participant observation, which allowed me to collect relevant information about observed reality.

Being in the role of a trainee, I didn't restrict only to peaceful observation, but also interacted with people (employees and customers). I even resorted to documentary analysis that was me authorized by the responsables, of various documents provided by the organization (eg statutes, regulations, social balance, HRM practices - volunteers and non-volunteers, etc.). Also performed a lifting of specific literature about organizations of this nature, as well as reports and studies available on the subject of well-being and quality of life of cancer patients.

**Key-words:** social construction; well-being; quality of life; health

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

**DRH-** DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

**DRHS-**DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.

**GRH-** GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

**RH-** RECURSOS HUMANOS

**GP-** GESTÃO DE PESSOAL

**RHS-** RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

**OMS-** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**QDV-** QUALIDADE DE VIDA

**QDVS-**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE

**AOAL-** ASSOCIAÇÃO ONCOLÓGICA DO ALENTEJO

**UNESCO-**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA

**E.P.E-** HOSPITAL DOS ESPÍRITO SANTO

**RNCCI-** REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

**CADO-** CENTRO DE ACONSELHAMENTO AO DOENTE ONCOLÓGICO

## **Índice de Quadros**

**Quadro 1** - ESTRUTURA DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE.....Pág.21

**Quadro 2**- QUADRO SÍNTESE DA METODOLOGIA UTILIZADA AO LONGO DO ESTÁGIO.....Pág.105

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1**- OS DEZ TUMORES MAIS FREQUENTES NOS HOMENS (ROR-SUL, 2000-2001)

.....Pág.40

**Tabela 2** - OS DEZ TUMORES MAIS FREQUENTES NAS MULHERES (ROR-SUL, 2000-2001) .....Pág.41

**Tabela 3**- OS DEZ TUMORES MAIS FREQUENTES (ROR-SUL, 2000-2001)....Pág.41

**Tabela 4**- 20 TUMORES MAIS FREQUENTES NA REGIÃO.....Pág.41

**Tabela 5**- VANTAGENS E DESVANTAGENS DA OBSERVAÇÃO DIRECTA (YIN, 1994) .....Pág. 97

## **Índice de gráficos**

**Gráfico 1/2** - ÉVORA -INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM AMBOS OS SEXOS, 2006.....Pág.43

**Gráfico 3/4** - ÉVORA - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM HOMENS E MULHERES, 2006.....Pág.43/44

**Gráfico 5/6** -BEJA - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM AMBOS OS SEXOS,2006.....Pág.44/45

**Gráfico 7/8** - BEJA - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM HOMENS E MULHERES, 2006.....Pág.45

**Gráfico 9** - PORTALEGRE - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM HOMENS E MULHERES, 2006.....Pág.46

**Gráfico 10** - PORTALEGRE - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM AMBOS OS SEXOS 2006.....Pág.46

**Gráfico 11** - PORTALEGRE - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM HOMENS E MULHERES, 2006.....Pág.47

**Gráfico 12 - PORTALEGRE - INCIDÊNCIA POR GRUPO ETÁRIO EM AMBOS OS SEXOS 2006.....Pág.47**

### **Índice de Figuras**

<b>Fig.1 - PORTUGAL.....</b>	<b>Pág.48</b>
<b>Fig.2 - ALENTEJO.....</b>	<b>Pág.48</b>
<b>Fig.3 - ÉVORA.....</b>	<b>Pág.48</b>
<b>Fig.4 - HOSPITAL ESPÍRITO SANTO.....</b>	<b>Pág.49</b>
<b>Fig.5 - EDIFÍCIO DO PATROCÍNIO.....</b>	<b>Pág.49</b>
<b>Fig.6- FOLHETO “NUTRICIA”.....</b>	<b>Pág.132</b>
<b>Fig.7-MONSTRUÁRIO DA “NUTRICIA”.....</b>	<b>Pág.132</b>
<b>Fig.8- CLASSES DE MOVIMENTO.....</b>	<b>Pág.134</b>
<b>Fig.9- FOLHETO DO CANCRO DIGESTIVO.....</b>	<b>Pág.135</b>
<b>Fig.10- CAMPANHA “TAMPINHAS AOAL”.....</b>	<b>Pág.136</b>
<b>Fig.11- CAMPANHA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO CANCRO DIGESTIVO NAS ESCOLAS.....</b>	<b>Pág.136</b>
<b>Fig.12-PANFLETO DOS DIREITOS GERAIS DOS DOENTES ONCOLÓGICOS.....</b>	<b>Pág.137</b>
<b>Fig.13- FOLHETO DA MUSICOTERAPIA NA AOAL.....</b>	<b>Pág.138</b>
<b>Fig. 14 - SESSÕES DE MUSICOTERAPIA NA AOAL.....</b>	<b>Pág.138</b>
<b>Fig.15- FOLHETO SOBRE O GRUPO DE OSTOMIA (ELABORAÇÃO PRÓPRIA).....</b>	<b>Pág.139</b>
<b>Fig.16 - AOAL.....</b>	<b>Pág.141</b>
<b>Fig.17 - CADO.....</b>	<b>Pág.141</b>
<b>Fig.18 - ESTAGIÁRIA E ORIENTADORA.....</b>	<b>Pág.141</b>
<b>Fig.19 - VALORES DA AOAL.....</b>	<b>Pág.141</b>
<b>Fig.20 - ENCONTROS PARA A SAÚDE AOAL.....</b>	<b>Pág.142</b>
<b>Fig.21 - VÁRIOS FOLHETOS AOAL.....</b>	<b>Pág.142</b>
<b>Fig.22 - FOLHETO DOS SERVIÇOS AOAL.....</b>	<b>Pág.142</b>

<b>Fig.23 - FOLHETO DOS SERVIÇOS AOAL.....</b>	<b>Pág.143</b>
<b>Fig. 24 -GALA DE SOLIDARIEDADE AOAL 2014.....</b>	<b>Pág.143</b>
<b>Fig. 25 - MATERIAIS EXISTENTES NA AOAL.....</b>	<b>Pág.143</b>
<b>Fig.26- MISSÃO SORRISO.....</b>	<b>Pág.144</b>
<b>Fig. 27- CAMPANHA DAS MOEDAS AOAL.....</b>	<b>Pág.144</b>
<b>Fig. 28 - VÁRIOS POSTERS AOAL.....</b>	<b>Pág.144</b>
<b>Fig. 29 - NOTICIA AOAL.....</b>	<b>Pág.145</b>
<b>Fig.30 - A ARTE DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA NA PROCURA DO CONHECIMENTO. ETAPAS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>Pág.87</b>

### **Índice de Grelhas**

<b>Grelha 1 - GRELHA DE ACTIVIDADES DE OBSERVAÇÃO (ELABORAÇÃO PRÓPRIA) .....</b>	<b>Pág.56</b>
<b>Grelha 2 - GRELHA DE ACTIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO (ELABORAÇÃO PRÓPRIA) .....</b>	<b>Pág.57</b>
<b>Grelha 3 - GRELHA DE ACTIVIDADES DE DIVULGAÇÃO (ELABORAÇÃO PRÓPRIA) .....</b>	<b>Pág.58</b>
<b>Grelha 4 - GRELHA DE ACTIVIDADES DE ADMINISTRACÇÃO.....</b>	<b>Pág.62</b>

# INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Sociologia com especialização em recursos humanos e desenvolvimento sustentável, para a obtenção do grau de Mestre, existe a obrigatoriedade de realizar um Trabalho Final de Mestrado (TFM) numa de 4 hipóteses: dissertação, trabalho de projeto, estágio e relatório profissional.

Neste sentido, optei por realizar estágio apresentando o presente relatório no âmbito do trabalho final de Mestrado.

Uma organização combina sempre pessoas e meios para atingir uma determinada finalidade, e é importante que, desde logo, todos desempenhem as suas funções, na medida em que existe interdependência funcional e relacional na obtenção de objetivos organizacionais. O estudo das relações interpessoais, de poder, de interação e de conflito social, são temas de interesse para a sociologia das organizações e, neste âmbito, *a presença de um sociólogo [na organização] pode auxiliar a implantação de novas políticas e práticas de gestão de pessoas*. A organização pretende assim favorecer, o desenvolvimento dos seus recursos humanos, mostrando que é possível desenvolver de forma contínua, as capacidades das pessoas e colocá-las ao serviço da organização (Piotet & Sainsaulieu, 1994 *apud* Serrano, 2003). Verificando-se a grande importância das organizações sociais, no que diz respeito ao significado social das suas atividades, ao volume de recursos mobilizados, às potencialidades enquanto entidades empregadoras, são razões que justificam a maior atenção a estas organizações, no sentido do aperfeiçoamento das suas estruturas, dos seus instrumentos e técnicas, e das práticas de desenvolvimento dos seus recursos humanos. Desta forma, “considerar a gestão de recursos humanos integrada na performance organizacional, com base num conjunto de práticas e resultados obtidos através das pessoas, enquanto fatores de competitividade, não se pode dissociar da necessidade de controlar os seus efeitos no seio da organização” (Neves, 2002, p.74). O desenvolvimento dos recursos humanos é desta forma cada vez mais visto como um fator de sucesso estratégico para a competitividade das organizações, tendo que assegurar o equilíbrio entre objetivos individuais e coletivos. Liga-se assim ao desenvolvimento organizacional e ao trabalho operacional no campo da formação. Os recursos humanos são a parte mais importante de uma organização e parte do seu funcionamento a eles se deve. A função de recursos humanos (RH) está hoje ligada aos objetivos e metas de qualquer organização, dando suporte a todas as áreas, e procurando a motivação e o comprometimento dos trabalhadores. Estes procuram atingir melhores níveis de desempenho para alcançar os objetivos da organização, agindo no sentido de desenvolver um ambiente organizacional que estimule a

motivação e liderança de equipas de trabalho, as responsabilidades e níveis de comando juntamente com as estruturas de cargos e relações de poder em compromisso. Um dos fatores mais relevantes para o desempenho de uma organização é a qualidade dos seus recursos humanos, ou seja o valor do capital humano. Deste modo, um dos desafios mais exigentes a que as organizações têm de responder é desenvolver as competências humanas internas, promovendo por exemplo recursos humanos qualificados, através de práticas orientadas para a aquisição e desenvolvimento de qualificações.

A eficiência destas práticas pode levar assim ao desenvolvimento e qualificação dos recursos humanos, e ao conseqüente sucesso da organização. A área da saúde caracteriza-se por uma grande procura de mão-de-obra qualificada, o que leva cada vez mais à necessidade de as políticas e práticas de gestão de recursos humanos serem capazes de responder a essa procura. Assim os recursos humanos assumem grande papel de destaque nesta área, devido à grande quantidade de mão-de-obra requerida para a execução de atividades, sendo desta forma o foco no trabalho dos profissionais especializados.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) salienta a importância dos recursos humanos nos sistemas de saúde, apontando o desenvolvimento de trabalhadores capazes, motivados e apoiados como essencial para superar obstáculos que impeçam o alcance dos objetivos da saúde. Para esta organização os trabalhadores de saúde são “a personificação dos valores de um sistema”, “o elo que conecta conhecimento à ação de saúde” (OMS, 2007, p. XVII). Desta forma os principais objetivos dos RH na área da Saúde são aumentar a cobertura e a fixação das equipas de profissionais, objetivando assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipa de profissionais diante de objetivos definidos; fortalecer a capacidade de planeamento e gerenciamento de RH no sector saúde.

Relativamente à área da saúde é de salientar aqui a importância de dois conceitos, que de certo modo estão interligados, a qualidade de vida e o bem-estar. O termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo, Hartz & Buss, 2005). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) a qualidade de vida pode ser definida como a maneira através da qual o indivíduo percebe a sua posição na vida, no seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive, os seus objetivos, padrões e

preocupações, sendo um conceito subjetivo e com posições positivas ou negativas. Já o bem-estar reporta às condições de vida percebidas como desejáveis pelo indivíduo, em 3 domínios: bem-estar emocional, físico e material. Nesta dimensão revela-se a forma como as pessoas pensam sobre si próprias, incluindo domínios específicos de percepção de aceitação da deficiência, satisfação da interação com contextos de vida, e a percepção individual sobre a relação entre a aspiração e a realização de um conjunto de domínios, tais como, mobilidade, lazer, atividades de vida diária, bens, rendimentos, entre outros. Segundo Machado (2005), a perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1977) e os modelos sistêmicos defendem a importância dos fatores do meio, do ambiente e dos contextos, para o desenvolvimento humano. Deste quadro conceptual extrai-se a necessidade de adotar os conceitos de qualidade de vida e bem-estar, não apenas às condições biológicas e físicas, mas também às emocionais e cognitivas, bem como aos aspetos relacionais e de interação dentro da família e ainda ao contexto alargado (Ex: político ou religioso). Os Recursos Humanos (RH) em saúde devem ter uma correta adequação entre as necessidades de uma determinada população e os objetivos institucionais. Há assim uma necessidade de adequação do perfil profissional para atender as demandas de promoção da saúde através de mecanismos ou ações que garantam, mantenham e forneçam qualidade de vida a população. Deste modo é fundamental que os recursos humanos consigam responder com eficiência e qualidade a todas as necessidades e exigências impostas pela área da saúde, respondendo às necessidades das pessoas, e promovendo a melhoria da saúde, contribuindo assim para a construção social da qualidade de vida e do próprio bem-estar.

As minhas motivações para a realização do estágio nesta área, devem-se ao fato de ter tomado consciência da importância social do desempenho dos recursos humanos, no âmbito específico dos cuidados de saúde, mas também por motivos de ordem pessoal e profissional. A minha área de mestrado é recursos humanos, tema que me desperta grande interesse, e também por achar que a possibilidade de fazer um estágio nesta área me poderia trazer alguma experiência profissional e conhecimento sobre o que é trabalhar numa área específica, numa organização particular de solidariedade social.

O estágio teve desta forma como **problemática**:

***Em contexto de saúde que práticas ou mecanismos podem ser adotados pelos recursos humanos, de modo a contribuir para a construção social do bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico, respondendo assim, de forma eficiente e com qualidade às necessidades e exigências dos doentes?***

O estágio como experiência real de trabalho e metodologia de aprendizagem teve como **objetivo geral**, *tomar contacto direto com uma realidade organizacional específica e um contexto de trabalho real com vista a perceber os mecanismos utilizados pela organização na construção social do bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico.*

Foram ainda definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- *Proporcionar contactos com o mundo organizacional e experiências de trabalho, facilitando o desenvolvimento de aprendizagens não adquiridas em contexto escolar, bem como a posterior integração do estagiário na vida ativa;*

-*Facultar ao estagiário a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um múltiplo elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida;*

- *Desenvolver capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia;*

- *Proporcionar a observação do funcionamento da Instituição ou secção específica da mesma, fomentando a capacidade de análise e reflexão sobre práticas de trabalho e organização;*

- *Observar de forma direta e sistematizada as práticas dos dirigentes e trabalhadores, na construção social do bem-estar e qualidade de vida dos doentes oncológicos;*

- *Compreender o processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes.*

O estágio foi realizado numa organização particular de solidariedade social, na cidade de Évora. O estudo da gestão de recursos humanos na área da saúde remete-nos para o facto de pesquisas qualitativas de carácter descritivo serem adequadas. Segundo Neves (1996), estas são essenciais quando se pretende compreender um fenómeno complexo na sua totalidade. Minayo et al. (1999) afirma que o objeto das Ciências Sociais é, essencialmente, qualitativo, devido ao próprio dinamismo da realidade social. Assim, uma vez que pretendia descrever, interpretar, examinar e avaliar práticas, procedi neste caso a uma abordagem qualitativa por ser aquela que me iria fornecer maior quantidade de informações fundamentais de compreensão do fenómeno em estudo, levando a uma interpretação e análise mais pormenorizada do mesmo. Esta abordagem assentou numa observação direta sistematizada (através da construção de grelhas de observação e respetivo preenchimento e análise) e

observação participante, que me permitiu proceder à recolha de informação pertinente, uma vez que sendo estagiária, não me limitei apenas a observar mas também interagir com as pessoas.

A análise documental também aqui foi utilizada, na medida em que me foi autorizada, através de vários documentos fornecidos pela organização (ex: estatutos, regulamentos, balanço social, dados dos RH – voluntários e não voluntários, dos utentes, etc.). Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a análise de documentos apresenta várias vantagens como, permitir evitar o recurso abusivo às sondagens e aos inquéritos por questionário e também limitações como, nem ser possível o acesso aos documentos. Farei também o levantamento de bibliografia específica sobre organizações desta natureza como relatórios e estudos disponíveis. Além do conhecimento prévio, Triviños (2007) lembra que para que o trabalho tenha certo grau de validade científica é necessária uma precisa delimitação de técnicas, métodos e teorias que orientarão a coleta e a interpretação dos dados.

Dos seis meses passados na *Associação Oncológica* surge este relatório que pretende descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do referido período. Ao longo do estágio desenvolvi várias atividades, que me possibilitaram avaliar e verificar as práticas e mecanismos que a associação desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes oncológicos, permitindo-me assim desta forma conseguir atingir os objetivos propostos.

Este relatório começa por fazer o enquadramento teórico conceptual da problemática em causa, desde a temática dos recursos humanos e as organizações até aos recursos humanos em contexto saúde; seguidamente será feita uma breve contextualização do estágio, nomeadamente a apresentação e caracterização da instituição de acolhimento, com a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio; referência à metodologia utilizada ao longo de todo o estágio; posteriormente serão analisadas as práticas referidas à luz da teoria apresentada no enquadramento teórico, e, por fim, será realizada uma conclusão crítica, onde se insere uma avaliação pessoal do estágio.

## CAPITULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL

### O DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Como disciplina, o Desenvolvimento de Recursos Humanos evoluiu e mudou ao longo do tempo para manter sua relevância para os indivíduos e organizações. Assim, estes podem ser vistos sob vários pontos de vista segundo diversos autores, sendo concebidos como um processo de natureza multidisciplinar. Harbison e Myers (1964) definem-nos como um processo de aumento de conhecimento, capacidades e habilidades de todas as pessoas na sociedade. Em termos económicos poderia ser visto como, a acumulação do capital humano e o seu investimento eficaz, no desenvolvimento da economia. Em termos políticos, o DRH prepara as pessoas para a participação adulta em processos políticos, particularmente como cidadãos na democracia. Do ponto de vista cultural e social, o DRH ajuda as pessoas a levar uma vida mais rica e completa menos presa pela tradição. Em suma o desenvolvimento dos recursos humanos fecha as portas à modernização. Segundo Nadler (1984), os recursos humanos dizem respeito a uma serie de atividades organizadas conduzidas dentro de um tempo específico, designadas para produzir mudanças de comportamento. Segundo Craig (1976), os recursos humanos focam-se no objetivo central de desenvolvimento do potencial humano em todos os aspetos de aprendizagem ao longo da vida. Segundo Jones (1981), são uma expansão sistemática do trabalho das pessoas, relacionadas com as habilidades centradas na realização da organização e objetivos pessoais. Chalolsky and Lincoln (1983) dizem que a disciplina de recursos humanos é o estudo de como os indivíduos e grupos nas organizações mudam através da aprendizagem. Segundo Smith (1988), consiste num conjunto de programas ou atividades que afetam o desenvolvimento do individuo e da produtividade em prol da organização. McLagan (1989) diz que o desenvolvimento de recursos humanos são o uso integrado de treino e desenvolvimento, desenvolvimento da carreira e desenvolvimento organizacional para melhorar os indivíduos e eficácia organizacional. Bergenhenegouwen (1990) descreve o desenvolvimento de recursos humanos como o treino dos membros e da organização de uma forma a que eles tenham o conhecimento e habilidades necessárias dentro do contexto, da mudança de objetivos da organização. Segundo Garavan (1991), o desenvolvimento de recursos humanos é visto como uma gestão estratégica de treino. Chaiofsky (1992) diz que o desenvolvimento de recursos humanos são o estudo e a prática do aumento da capacidade de aprendizagem dos indivíduos, grupos, coletividades e organizações. ITD (1992) diz que o desenvolvimento de recursos humanos é um processo através do qual as pessoas desenvolvem o seu potencial na vida e no trabalho. Segundo Horwitz

et al. (1996), o DRH é visto como um processo através do qual os cidadãos de uma nação, adquirem conhecimento e habilidades necessárias para desempenhar tarefas, e outras regras sociais, culturais, intelectuais e políticas na sociedade. Segundo Stewart and McGoldrick (1996), o DRH assume que as organizações podem ser construtivamente concebidas como entidades de aprendizagem.

Desde a sua primeira criação, por Harbison e Myers (1964), o desenvolvimento de recursos humanos, foi ligado aos conceitos de habilidade aquisição, auto-realização e modernização. Embora a ênfase das várias definições tenha divergido como se pôde verificar, o foco central de desenvolvimento de recursos humanos tem sido a melhoria dos indivíduos, das organizações e da sociedade, ou seja verificamos aqui uma “agenda tripartida” que assenta sobre o aperfeiçoamento humano, o aperfeiçoamento organizacional e o desenvolvimento da sociedade, através de um processo de desenvolvimento que procura maximizar o potencial individual. Entre 1970 e 1980, os recursos humanos (no âmbito da gestão de recursos humanos) eram associados a conceitos como, investimento, vantagem competitiva, valorização das competências, valorização da formação, desenvolvimento organizacional, desenvolvimento de carreiras, competitividade das empresas, organização. Para McLagan (1989), a conceptualização do desenvolvimento de recursos humanos engloba três focos distintos, nomeadamente a formação e desenvolvimento, desenvolvimento de carreira e desenvolvimento organizacional, podendo ser visto assim como uma combinação sinérgica de todos eles, trazendo maior organização, eficiência e eficácia através de mais empregados altamente qualificados cujo desempenho e resultados do trabalho são congruentemente ligados aos objetivos da organização. Desta forma, o compromisso com a aprendizagem e o desenvolvimento torna-se o meio através do qual a dupla ambição do indivíduo e organização se torna realizado.

Hoje podemos dizer que o grande poder do DRH se liga com a capacidade de fundamentar a criação de soluções criativas e radicais para os problemas reais do mundo, mudando os indivíduos, organizações e sociedades.

O DRH tem como principais áreas de intervenção a formação, educação e desenvolvimento e como principais emergentes, o capital social, a gestão do conhecimento e as organizações aprendentes.

Ao longo dos anos, tem-se assistido a uma evolução do paradigma das práticas de GRH, mais concretamente, da designação da função e do tipo de atividades que incorpora.

Uma análise aos manuais de GRH revela um conjunto de teorias e sobretudo tipologias distintas no que concerne à evolução dos RH.

Desde as últimas décadas tem-se assistido a inúmeras mudanças a nível global em diversas áreas, nomeadamente nos contextos sociais, culturais e políticos. “Mudanças tecnológicas, contexto económico sinuoso e caótico, incerteza em relação ao futuro, concorrência internacional, evoluções demográficas e novas correntes socioculturais: todos os elementos e muitos outros modificaram profundamente os compromissos da gestão de recursos humanos” (Peretti,1997, p.39). Neste contexto de várias transformações, as organizações têm vindo a adotar modelos de gestão flexíveis, que se encontram também eles em mutação, de modo a ajustarem-se às mudanças que ocorrem no exterior. “A importância declarada dos recursos humanos (...) coloca novos desafios aos departamentos e aos profissionais que gerem esta área, requerendo um esforço de integração e alinhamento com a estratégia da organização que tradicionalmente não existia” (Caetano & Vala, 2002, p. VII). Para Besseyre des Horts (1998), os múltiplos desafios de natureza tecnológica, económica, social e político foram fatores catalisadores da função de GRH. Verifica-se assim uma evolução, da chamada gestão pessoal para gestão de recursos humanos e nomeadamente, quanto à designação utilizada para a função, o autor analisa a evolução da GRH sob a ótica de cinco fases que marcaram o seu desenvolvimento (Caetano & Vala, 2002, p.7). Desta forma segundo Caetano e Vala, (2002, citado em Besseyre des Horts, 1998), a chamada fase primitiva da gestão de recursos humanos teve início no século XX e caracterizou-se com a criação de grandes organizações e de serviços especializados para tratar as questões sociais, e denominava-se por “Administração de Pessoal”. A segunda fase decorreu entre as duas guerras mundiais (entre 1914 e 1939) e é caracterizada pelo ambiente hostil e um forte conflito entre o capital e o trabalho. Neste sentido, surge a necessidade de existir na organização uma função que assegure e discipline a organização do trabalho, sendo a mesma denominada de *direção das relações sociais ou industriais*.

A terceira fase desta evolução foi identificada por Besseyre des Horts entre as décadas de 50 e 60 do século XX, e coincide com o desenvolvimento da legislação social, onde os serviços de pessoal são designados de direção de relações humanas. Estes são dirigidos por pessoal administrativo com formação jurídica, encarregues de fazer cumprir a lei. Os temas prioritários são a motivação e a satisfação do pessoal e as práticas de gestão centram-se nas remunerações, nas promoções e na formação. Nesta fase, acentua-se o recrutamento de psicólogos para os departamentos de recursos humanos. Os pioneiros da gestão integrada de recursos humanos foram Peter Drucker (1955) e McGregor (1960). Entre as décadas de 60 e a década de 80 do século XX desenvolve-se a quarta fase da evolução da GRH, onde o novo paradigma apresenta uma lógica qualitativa da GRH, por oposição à lógica quantitativa, sendo

denominada por “Direção de Pessoal”. Segundo o autor, a função de GRH evolui e é nesta fase que começa a vigorar a ideia de que as pessoas podem dar contributos para melhorar a organização do trabalho e o funcionamento da organização. A GRH nesta altura assume-se como uma função integrada na gestão global da empresa, sendo a sua principal finalidade as pessoas e a sua motivação. Assim os novos objetivos para a gestão de recursos humanos são aqui: capacitar a gestão para o cumprimento dos objetivos organizacionais, lançando mão da força de trabalho; utilizar as pessoas no máximo das suas capacidades e potencial; impulsionar o compromisso dos empregados no sucesso da organização; integrar as políticas de gestão de recursos humanos com os planos de negócio e reforçar a criação ou renovação de uma cultura voltada para os resultados; criar um ambiente de trabalho capaz de libertar e pôr ao serviço da organização a criatividade dos trabalhadores; criar condições em que a inovação, o trabalho de equipa e a qualidade total possam desabrochar; encorajar a vontade de atuar de forma flexível, em prol de uma organização flexível e na busca da excelência.

A quinta fase inicia-se no final de 1980 e prolonga-se até ao presente. Denomina-se agora, de “Direção de Recursos Humanos”. Tem como principais características a aquisição do estatuto de função estratégica, a valorização das pessoas como recursos raro e capaz de gerar mais-valia. No segundo quartel do século passado, a nova perspetiva da gestão estratégica de recursos humanos foi impulsionada a partir dos trabalhos de duas grandes escolas de gestão dos EUA: Michigan e Harvard.

A abordagem da Michigan Business School (MBS), protagonizada por Tichy, Frombrun e Devanna (1982, p.47-61), é conhecida pela perspetiva da contingência, que realça a necessidade de desenvolver sistemas de gestão de pessoas compatíveis com os grandes objetivos da organização, como o aumento da qualidade e a melhoria da produtividade.

O pressuposto teórico de onde parte é o facto de, a eficácia organizacional se encontrar correlacionada com as práticas e políticas de gestão das pessoas e com o seu alinhamento com a estratégia de negócio.

Para esta abordagem, o ciclo dos recursos humanos corresponde a uma sequência de atividades que são desempenhadas por todos os gestores de recursos humanos em todas as organizações. As áreas integradas neste ciclo são as seguintes: *seleção, avaliação do desempenho, retribuição e desenvolvimento*. Destas áreas os autores destacam o papel da avaliação de desempenho como a chave para um sistema eficaz de recursos humanos.

Frombrun, Tichy e Devanna criaram um modelo de gestão estratégica de recursos humanos onde as principais técnicas são integradas de forma coerente e estratégica,

e reconhecem que as novas alterações que ocorreram na envolvente estiveram na base desta nova evolução da gestão de recursos humanos, em particular por exigirem um repensar permanente da missão, visão e estratégia das organizações com consequências na estrutura e nos processos de trabalho. Para estes autores, os sistemas de recursos humanos onde os seus componentes têm uma estreita ligação com a estratégia da organização envolvem quatro elementos, que se afirmam como as práticas de gestão de recursos humanos:

- *Seleção*, incluindo o planeamento de recursos humanos;
- *Avaliação de desempenho*, de forma a oferecer uma remuneração justa e estimulante, recompensando os desempenhos elevados;
- *Sistema de recompensas* em que o salário é decomposto em parte fixa e variável;
- *Desenvolvimento que compreende as atividades de formação oferecidas a todas as categorias de trabalhadores com vista a melhorar o desempenho atual.*

Quanto à escola de Harvard, esta é conhecida pelo destaque que dá aos *shakeholders* e foi desenvolvida por Beer, Spector, Lawrence, Mills e Walton (1984). No processo de gestão das pessoas, envolvem-se todas as decisões e ações de gestão que afetam a natureza da relação entre a organização e os empregados, os seus recursos humanos.

Esta filosofia central apenas pode ser implementada pelo dirigente máximo para garantir que as atividades de gestão de recursos humanos não se transformam num simples conjunto de atividades desconexas, cada uma conduzida pelo hábito. O papel da gestão de topo é equilibrar e integrar os diversos interessados da empresa: acionistas, empregados, clientes, fornecedores, comunidades de inserção, sindicatos, associações empresariais, governo.

A escola de Harvard (HBS) exerceu uma forte influência sobre o pensamento britânico da Warwick Business School (WBS), que desenvolveu uma abordagem de formulação da estratégia nas organizações complexas relacionando-a com a capacidade para transformar as práticas de gestão de recursos humanos.

Em síntese:

Relativamente ao desenvolvimento da função recursos humanos, a maior parte dos autores considera a existência de 3 momentos: um momento embrionário, em que o seu papel seria principalmente *administrativo (modelo administração de pessoal)*, um segundo momento que se constituiria especificamente como *área de gestão*, dentro das empresas, embora caracterizada por uma certa subalternidade relativamente às

outras áreas (*modelo gestão de pessoal*), e o terceiro momento que surgiria como área estratégica para a empresa (*modelo gestão de recursos humanos*).

## OS RECURSOS HUMANOS E AS ORGANIZAÇÕES

Nas sociedades contemporâneas, quase toda a nossa vida se desenvolve no seio de organizações de variados tipos. De acordo com Chiavenato (1994, p. 54), “o homem moderno passa a maior parte do seu tempo dentro de organizações, das quais depende para nascer, viver, aprender, trabalhar, ganhar seu salário, curar suas doenças, obter todos os produtos e serviços de que necessita (...)”. A partir do estudo e análise das organizações surgiram teorias organizacionais que permitem compreender o seu funcionamento como sistemas de ação. Uma conceptualização teórica, acerca do tema, aborda as organizações como sendo sistemas estáveis de indivíduos orientados para a coordenação planeada de atividades, com vista à consecução de objetivos comuns, mediante uma hierarquia de autoridade, de responsabilidade e de divisão do trabalho. (Lorga da Silva, *Comunicação nas Organizações*). Ferreira *et al.* (1996, p.260) acrescenta que, “qualquer que seja a dimensão da organização, a mesma pode definir-se como um conjunto de duas ou mais pessoas inseridas numa estrutura aberta ao meio externo, trabalhando em conjunto e de um modo coordenado para alcançar objetivos.”

As organizações sociais, ou organizações do 3.º Sector, desenvolvem atividade de cariz social, visando o bem-estar social das populações e o desenvolvimento local. São caracterizadas por alguma forma de institucionalização legal ou não, com um nível de formalização de regras e procedimentos, para assegurar a sua permanência por um período mínimo de tempo, por uma estrutura básica não-governamental, sendo privadas, por realizarem a sua própria gestão, e não terem fins lucrativos, ou seja, a geração de lucros ou excedentes financeiros deve ser reinvestida integralmente na organização. Este sector combina assim movimentos económicos e sociais de natureza associativa fazendo um apelo direto à comunicabilidade entre a iniciativa privada e a estatal. Estas organizações partilham uma visão de intervenção no mercado de acordo com valores e princípios que configuram um *modelo de gestão* específico vocacionado para a solidariedade, embora de gestão autónoma, atuam na esfera pública procurando satisfazer as necessidades locais. Estas organizações têm como grande desafio corresponder e intervir diretamente na melhoria da qualidade de vida das populações locais. Mas o que se tem notado hoje em dia é a pouca importância que se tem dado, dentro e fora das organizações, às práticas de desenvolvimento de recursos humanos e à sua *gestão*. Este facto pode justificar-se por, a exiguidade dos meios disponíveis; uma certa tendência de privilegiar a ação

sobre a organização ou devido ao peculiar sistema de relações em que muitas vezes assenta o funcionamento deste tipo de organizações (Apolinário, 2003).

Uma organização combina sempre pessoas e meios para atingir uma determinada finalidade, e é importante que, desde logo, todos desempenhem as funções para si mais adequadas, e que as suas relações permitam uma regular articulação entre todos. Entender essa realidade é exatamente o trabalho do sociólogo, que se dedica a estudar as relações interpessoais, de poder, de interação e de conflito social. “Ter um profissional sociólogo na empresa é extremamente importante para entender e prever o comportamento do grupo”. *A presença de um sociólogo no departamento de RH pode subsidiar a implantação de novas políticas e práticas de gestão de pessoas. A organização pretende favorecer, o desenvolvimento dos seus recursos humanos, mostrando que é possível desenvolver de forma contínua, as capacidades das pessoas e coloca-las ao serviço da organização* (Piotet & Sainsaulieu, 1994 citado por Serrano, 2003). O desenvolvimento dos recursos humanos deverá enquadrar todas as operações diretamente orientadas para a realização dos fins da organização. É a técnica, ou a maneira de conduzir a organização, de a dirigir, de planificar o seu desenvolvimento, de a controlar, de potenciar o domínio das atividade ou o objetivo a que se dedique, garantindo que os recursos humanos e materiais existam no momento e na medida em que são necessários, que todos os seus órgãos e serviços atuem em perfeita coordenação, orientados para a máxima eficácia e que todos os seus recursos sejam racionalmente utilizados (Apolinário, 2003, p.43). Verificando-se a crescente importância das organizações sociais, nomeadamente no que cabe ao significado social das suas atividades, ao volume de recursos movimentados, às potencialidades enquanto entidades empregadoras, são razões que justificam a maior atenção a estas organizações, no sentido do aperfeiçoamento das suas estruturas, dos seus instrumentos e técnicas, e obviamente das práticas de desenvolvimento dos seus recursos humanos. Desta forma, considerar a gestão de recursos humanos integrada na performance organizacional, com base num conjunto de práticas e resultados obtidos através das pessoas, enquanto fatores de competitividade, não se pode dissociar da necessidade de controlar os seus efeitos no seio da organização (Neves,2002).

## O CASO DO CONTEXTO DE SAÚDE

Em âmbito de saúde, o DRH, que pode ser definido como o conjunto de ações coordenadas, que visa criar as condições que permitam aos recursos humanos em saúde (RHS) produzir serviços de qualidade, em quantidade suficiente para responder às necessidades da população. Martineau e Martinez (1997) definem o DRH, neste

contexto como, “as diferentes funções envolvidas no planejamento, na gestão e no apoio ao desenvolvimento profissional da força de trabalho em saúde, dentro de um sistema de saúde, geralmente no nível estratégico e político. O DRH objetiva pôr a pessoa certa, com as qualificações e a motivação certas, no lugar certo, na hora certa”.

Assim, o sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a combinação (o *mix*) de competências, a distribuição, a prática e as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Desta forma, *um dos fatores mais relevantes para o desempenho de uma organização é a qualidade dos recursos humanos, ou seja o valor do capital humano*. Deste modo, um dos desafios mais exigentes a que as organizações têm de responder é o *desenvolver as competências humanas internas, promovendo por exemplo recursos humanos qualificados, através de práticas orientadas para a aquisição e desenvolvimento de qualificações*.

“Um trabalhador do conhecimento é aquele que sabe selecionar, absorver informação e conhecimento onde quer que ele se encontre e com capacidade para aplicar este conhecimento em ações concretas” (HBR,2000).

A eficiência destas práticas pode levar assim ao desenvolvimento e qualificação dos recursos humanos, e ao conseqüente sucesso da organização.

A área da saúde caracteriza-se por uma grande procura de mão-de-obra qualificada, o que leva cada vez mais à necessidade de as políticas e práticas de gestão de recursos humanos serem capazes de responder a essa procura. Assim os recursos humanos assumem grande papel de destaque nesta área, devido à grande quantidade de mão-de-obra requerida para a execução de atividades, sendo desta forma o foco no trabalho dos profissionais especializados.

Qualquer análise dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) requer uma definição precisa do termo “trabalhadores de saúde”. O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007),salienta a importância dos recursos humanos nos sistemas de saúde, apontando o desenvolvimento de trabalhadores capazes, motivados e apoiados como essencial para superar obstáculos que impeçam o alcance dos objetivos da saúde.

Para esta os trabalhadores de saúde são “a personificação dos valores de um sistema”, “o elo que conecta conhecimento à ação de saúde” (OMS, 2007, p. XVII), ou seja todas as pessoas envolvidas em ações cuja intenção principal é a melhoria da saúde. Esta definição reforça o conceito também da OMS relativamente aos sistemas

de saúde que consiste em “todas as organizações, pessoas e ações cujo intuito principal é promover, restabelecer ou manter a saúde” Isto leva a que, familiares que prestem acompanhamento aos doentes, bem como outros cuidadores voluntários que contribuam para melhorar a saúde deverão ser igualmente incluídos nos RHS.

Desta forma os principais objetivos dos RH na área da Saúde são aumentar a cobertura e a fixação das equipas de profissionais, objetivando assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipa de profissionais diante de objetivos definidos, e fortalecer a capacidade de planeamento e gerenciamento de RH no sector saúde.

Há muito tempo que os recursos humanos para a saúde (RHS) foram reconhecidos como “o pilar do sector [da saúde] para produzir, prestar e gerir serviços”. A avaliação desses recursos é assim necessária para vários fins, principalmente para planear, implementar, controlar e avaliar estratégias, programas e intervenções no sector da saúde. Neste sentido é amplamente reconhecida a importância de indícios empíricos sólidos para formar decisões informadas sobre as políticas e monitorizar os progressos na gestão e desenvolvimento do reforço dos recursos humanos. Descrever os RHS com precisão pode ajudar a identificar oportunidades e dificuldades para a expansão das intervenções na área da saúde. O quadro seguinte dá-nos uma definição daquilo que é os recursos de saúde.

Formação, profissão e indústria do indivíduo	A trabalhar no sector da saúde	A trabalhar num sector não ligado à saúde ou desempregado/inactivo
Com formação no campo da saúde e ocupa um cargo na área de prestação de serviços de saúde	A. Por exemplo, médicos, enfermeiros ou parteiras que trabalham em unidades de saúde	C. Por exemplo, enfermeiros que trabalham em empresas privadas, farmacêuticos que trabalham em postos de venda
Com formação no campo da saúde, mas não exerce uma actividade na área de prestação de serviços de saúde	A. Por exemplo, gestores de unidades de saúde com formação médica	C. Por exemplo, conferencistas universitários com formação médica, enfermeiros desempregados
Com formação num campo não ligado à saúde ou sem formação convencional	B. Por exemplo, economistas, pessoal administrativo ou jardineiros que trabalham em unidades de saúde	D. Por exemplo, professores de escolas primárias, mecânicos de oficinas, contabilistas de bancos

**Quadro 1**-Estrutura dos recursos humanos de saúde. (R, Mário, Gupta Neeru. Manual para a monitorização e Avaliação de Recursos Humanos de Saúde. Organização Mundial da Saúde).

## Saúde, Bem-estar e Qualidade de vida....

A trajetória da humanidade é acompanhada também pelo desenvolvimento e construção do conceito de saúde ao longo dos tempos, influenciada por características próprias de cada período. Desde os primórdios da humanidade que o ser humano se questiona sobre a origem da vida, as razões da existência e o que é ter saúde.

Nos primórdios das civilizações os homens utilizavam como explicação os pensamentos mágicos e sobrenaturais para explicar os acontecimentos à sua volta. Os povos das grandes civilizações viam as doenças como consequências de causas externas e a saúde como recompensa pelo seu bom comportamento. O medo do desconhecido e da possibilidade de violação de uma crença ou regra cultural religiosa gerava superstições e maus presságios, um acidente ou quaisquer fenómenos externos que atingissem o homem eram tomados como algo originado pela influência de forças sobrenaturais.

A cultura clássica grega é importante na evolução do conceito de saúde, marcada pela procura de uma explicação racional para os acontecimentos, revelando elementos mágicos e religiosos, considerando a observação empírica, a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social do indivíduo. Para além de lidarem com os problemas de saúde, procuravam entender as relações entre o homem e a natureza, e entre estas estava a explicação da saúde e da doença como resultantes de processos naturais e não sagrados.

A idade média, considerada época da estagnação, foi marcada pelo feudalismo e pela forte influência do cristianismo sobre a visão de saúde e doença. Acreditava-se aqui na variabilidade dos humores corporais, e atribuíam o desequilíbrio das pessoas às situações de pecado. No final deste período com as crescentes epidemias, retoma-se a ideia de contágio entre os homens, cujas causas se relacionavam à conjugação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, ou ocasionados por bruxarias.

Na Idade Moderna com a introdução da máquina a vapor intensifica-se o ritmo produtivo, as fábricas passam a demandar mais mão-de-obra, e as cidades crescem nas periferias, sendo que, as péssimas condições de trabalho começam a chamar a atenção dos administradores. O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, torna-se objeto de políticas, práticas e normas, surgindo as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas.

Nos séculos XVII e XVIII registraram-se muitos avanços na medicina, com o descobrimento do microscópio e o desenvolvimento da bacteriologia. Destaca-se assim a adoção da “polícia sanitária” como política de saúde, que obrigava os sadios, pela coerção e pelo poder de polícia, a adotarem comportamentos adequados à saúde e os indivíduos doentes a se isolarem. O empirismo, baseado na observação e na

explicação racional para os fenômenos naturais, favoreceu o desenvolvimento da saúde com a investigação acerca da causalidade das doenças, fortalecendo a biologia científica, sem influência externa da filosofia. A medicina moderna direciona sua atuação para o corpo e para a doença, procura de um estado biológico normal.

No século XIX, marcado pela Revolução Industrial, ocorreu o aumento da incidência da mortalidade geral e infantil, emergindo os conceitos de medicina social e saúde coletiva. Já no século XX, ano de 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentou um conceito que fazia uma analogia, considerando o corpo humano uma máquina e a saúde o que gerava o bom funcionamento dessa máquina. A saúde passa a ser de responsabilidade coletiva e não individual, ou seja, o direito à saúde é também obrigação do estado. Embora as definições de saúde se tenham vindo a alterar ao longo dos últimos anos, a mais conhecida e proposta pela OMS como sendo saúde é “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade (doença) ”.

Essa nova definição ganhou uma amplitude maior em 7 de abril de 1948 onde se passou a ser comemorado o Dia Mundial da Saúde. Apesar de não se tratar de um conceito ideal, acabou por ganhar elementos importantes para sua ampliação e alcance da manutenção da saúde, elementos estes que, posteriormente, seriam oportunizados na promoção de saúde propostas pela Carta de Ottawa<sup>1</sup>.

A amplitude do conceito da OMS acarretou muitas críticas, de natureza técnica, política, libertária, permitindo abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos sob o pretexto de promover a saúde. O "bem-estar social" da definição veio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial.

Em 1974, foi formulado o Relatório Lalonde<sup>2</sup>, proveniente das observações realizadas pelo ministro canadense Marc Lalonde, que trouxe contribuições relevantes para a construção do moderno conceito de promoção da saúde, diferenciadas do de prevenção de doenças. De acordo com o conceito proposto, o campo da saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde.

---

<sup>1</sup> Carta de Ottawa: documento apresentado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá. Trata-se de uma carta de intenções que procura contribuir com as políticas de saúde em todos os países. (Carta de Ottawa, retirado em: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org))

<sup>2</sup> Relatório Lalonde: um relatório produzido em 1974 no Canadá, sob o nome de *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva da saúde de canadenses). É considerado o "primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico é errado, e que é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes) se o objetivo é melhorar a saúde do público." (Relatório Lalonde, retirado em: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

Em resposta às críticas referentes ao conceito de saúde proposto pela OMS foi realizado, em Alma Ata em 1978, a Conferência Internacional de Assistência Primária a Saúde, onde expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, profissionais e comunidade para promover a saúde de todos os povos, reafirmando o significado da saúde como um direito humano fundamental, sendo uma das mais importantes metas sociais mundiais. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação das pessoas e comunidades no planejamento e implantação dos cuidados a saúde.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado. Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes de descentralização, regionalização e participação da comunidade, o SUS reafirma a saúde como um valor e um direito humano fundamental, legitimado pela justiça social.

Caponi (1997) afirma que embora o conceito de saúde da OMS comporte crítica, esta não deveria incidir sobre seu caráter subjetivo, posto que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença e, por ser dela inseparável, estará presente seja em uma concepção restrita, seja em uma perspectiva ampliada de saúde.

Em 1981, Leon Kass questionou que o bem-estar mental fosse parte do campo da saúde, definindo saúde como: *"o bem-funcionar de um organismo como um todo", ou ainda "uma atividade do organismo vivo de acordo com suas excelências específicas."*

Na concepção proposta por Foucault em 1982, com a evolução do Estado, a saúde passa a ter "valor" dentro da sociedade, vista também como forma comercial e como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países.

Lennart Nordenfelt definiu em 2001 a saúde como um *"estado físico e mental em que é possível alcançar todas as metas vitais, dadas as circunstâncias."*

Segundo Canguilhem (2006), a saúde implica poder adoecer-se e sair do estado patológico, ou seja, a saúde é entendida por referência à possibilidade de se enfrentar situações novas, pela margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio, ou ainda um guia regulador das impossibilidades de reação. O mesmo autor afirma que a saúde envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implicando a capacidade de instituir novas normas.

Em termos de Conferências Internacionais e Regionais de Promoção da Saúde com intuito de dar voz as discussões que permeiam a saúde e a vida dos povos,

sensibilizando para a adequação das diretrizes de acordo com as características locais, destacaram-se as Conferências Internacionais de Promoção a Saúde, que passaram a ganhar destaque a partir da década de 80, como a **Declaração de Ottawa em 1986** - a carta de Ottawa foi um marco importante tendo sido inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, em 1981, declarando que a promoção de saúde “consiste em proporcionar aos povos, os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. A Carta de Otawa assume a relação da saúde com a política, a economia, o meio ambiente e com os fatores sócio culturais (além dos biológicos), e atribui à promoção o dever de permitir que tais fatores sejam favoráveis à saúde.

A 2ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, Adelaide (Austrália) em 1988 enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis em sintonia com a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde.

A 3ª Conferência, Sundsvall (Suíça, 1991) preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve sempre ser guiada pelo princípio da equidade.

A Declaração de Jacarta, 4ª Conferência 1997, reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e económico”.

A 5ª Conferência, México, 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998 como:

- a) Promover a responsabilidade social em matéria de saúde;
- b) Ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos;
- c) Aumentar a chamada “inversão” no desenvolvimento da saúde;
- d) Assegurar a infra - estrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica;
- e) Reorientar os sistemas e serviços de saúde.

**Em 2009, destaca-se a Conferência de Nairobi – 7 Conferência Global de Promoção da Saúde**, sob o lema «Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação». (OMS,2009).

As cartas da Promoção da Saúde reúnem os documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre o tema. A proposta de Promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e,

desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal.

Como pudemos verificar, as mudanças que aconteceram ao longo do tempo para a sociedade influenciaram diretamente o pensar e o agir sobre diversas questões, incluindo-se a saúde. Os sistemas de saúde mostraram-se cada vez mais atentos para a importância de voltar às origens, onde a subjetividade, o empoderamento e o contato com a natureza fazem toda a diferença quando se fala tanto em saúde como em doença. Voltou-se a admitir a interferência não somente do homem no ambiente em que vive, mas também a influência do ambiente sobre a saúde mental e física do homem, podendo fazer-lhe bem ou não. O que vai determinar o resultado dessa interação depende do que o homem tem feito para si e para o meio onde está inserido. Ter saúde implica não somente a ausência de doenças, vai além até mesmo da definição da OMS sobre saúde. Faz-se necessário atribuir os propostos da promoção da saúde como estratégia para o (re) pensar no modelo de saúde, incorporando o indivíduo e a coletividade de acordo com suas necessidades, seus determinantes e condicionantes em saúde e, porque não dizer, em sua vida.

A promoção da saúde direciona também novas propostas de políticas públicas, com o envolvimento articulado entre governo e população, partindo do pressuposto que a participação social é determinante para desenvolver ações que assegurem uma saúde mais digna e que atenda as reais necessidades. Assim, mais do que nunca, as questões ambientais irão permear essas discussões, pois refletem o meio que os cidadãos vivem e determinam condições de saúde, bem-estar ou de doença.

O conceito de saúde é um conceito dinâmico, e varia consoante tudo o que enfrentamos e vivemos ao longo dos nossos dias, sendo desta forma necessário enfrentar o desafio do “equilíbrio orgânico”, mental, emocional e espiritual, e procurar sempre a cada momento o nosso melhor.

## **Da Saúde à Doença....**

A nossa vida não se manifesta só através da saúde, mas também da doença. A saúde e a doença envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, e a normatividade que define o normal e o patológico varia. As variações das doenças podem ser verificadas historicamente, em relação ao seu aparecimento e desaparecimento, aumento ou diminuição de sua frequência, da menor ou maior importância que adquirem em variadas formas de organização social.

Embora haja o reconhecimento de que os aspectos psíquicos e sociais, o meio ambiente e o estilo de vida contribuam na origem das doenças, ainda se conhece

pouco sobre a relação entre esses fatores ou eventos e a doença, que são avaliadas por meio de estudos epidemiológicos de risco.

A doença possui caráter histórico e social, sendo que a natureza social se verifica no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos, havendo diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos, resultantes das transformações da sociedade e, também, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde diversas, de acordo com o momento histórico.

Aspetos económicos, políticos, socioculturais, socio-epidemiológicos e históricos influenciam o processo de viver e a saúde humana e os modos de vida, de trabalho e de produção são fundamentais para se compreender os processos de saúde, adoecimento e morte da população.

Nas sociedades modernas, o conceito de saúde/doença tem vindo a colocar na ordem do dia as preocupações ambientais relativas à natureza artificial em que vivem os seres humanos. Abrangidas pelo domínio da saúde pública, tais preocupações que historicamente remontam à gestão coletiva das cidades e à luta contra as epidemias, desenvolveram-se no campo da medicina e foram secundarizadas pela clínica cujos avanços e sucessos, desde os finais do século XIX e durante a primeira metade do século vinte, criaram a ilusão de uma capacidade ilimitada para resolver a ameaça da doença. Na segunda metade do século XX, a Organização Mundial de Saúde reconhece a incapacidade da medicina para curar as doenças que constituem as principais causas de morte sem uma inflexão do desenvolvimento socio-económico a nível mundial (OMS, 1978), sem mudanças na organização estrutural das condições de vida no interior das sociedades (OMS & Portugal, 1985), sem políticas participadas no sentido da sustentabilidade (OMS, 1989) e sem a presença multiprofissional nas equipas de cuidados de saúde na comunidade (OMS, 1986).

O 'dever de saúde' está hoje presente nas consciências individuais como obrigação de organizar estilos de vida saudáveis (Herzlich, 1970). No entanto, o estudo dos problemas de saúde, numa perspetiva de identificação e de medida da importância relativa dos fatores de risco, verifica a predominância da predisposição social e cultural relativamente ao estilo de vida individual (Frankenberg, 1993).

A abordagem sociológica dos estilos de vida que os define como construções de modos de ser e estar que, individualmente, se decidem no espaço situado entre as posições e as disposições estruturais (Bourdieu, 1979), torna-se necessária para a compreensão da articulação entre o condicionalismo social e a agência individual. Com efeito, os comportamentos não resultam de meras decisões individuais escolhidas em função da informação acessível ao conhecimento de racionalidade científica. Eles são o resultado de opções de racionalidade contextual, isto é, embora

as escolhas sejam individuais, elas são modeladas pelas circunstâncias objetivas e pelas disposições subjetivas.

Existe já uma vasta bibliografia antropológica e sociológica sobre os conceitos leigos de doença e sobre as atitudes envolvidas nos processos e comportamentos a ela associados (Shaw, 2002). A perspectiva que encara os comportamentos saudáveis como 'uma forma de fazer' inserida num estilo de vida global ou 'forma de ser', é bem ilustrada pela realidade das diferenças de género na saúde, diferenças que se traduzem nos indicadores de mortalidade (superior nos homens, ao longo de toda a vida) e nos de morbilidade (superior nas mulheres) e cuja interpretação remete para as posições e as disposições ('habitus') diferenciadas dos géneros como categorias sociais construídas em torno de papéis e de atributos condicionados e condicionadores de atitudes que se refletem em comportamentos de saúde e de doença (Silva, 2003).

No âmbito deste trabalho, **a doença oncológica** transporta o peso histórico, de mitos e fantasias. Para grande parte da população a patologia oncológica é sinónimo de morte e sofrimento, continuando a ser uma doença com conotações assustadoras, sendo por isso popularmente denominada como doença má, doença maligna, doença incurável ou doença prolongada (Terreno, 2000).

**O cancro** é atualmente considerado uma pandemia e um importante problema de saúde pública.

***“É atualmente inegável que o cancro, por ser um, problema de saúde essencialmente crónico, condiciona a abordagem e atendimento do doente e família, com o intuito de interferir o mínimo com o seu quotidiano, procurando que o processo terapêutico não seja mais penoso que a própria doença (Sá, 1996, p.15).”***

*Brunner e Suddarth (1993) referem que se deve considerar o cancro:*

*“...como um processo patológico que começa quando células normais do organismo originam células anormais por mecanismos de transformação pouco compreendidos. À medida que a doença progride, essas células anormais proliferam ainda restritas a uma pequena área. Entretanto, ocorre um estágio no qual as células adquirem características invasivas, aparecendo alterações nos tecidos adjacentes. As células infiltram esses tecidos e ganham acesso a vasos linfáticos e sanguíneos surgindo, então, metástases em outras partes do corpo.”*

Este é uma doença que se caracteriza por uma por uma população de células que cresce e se divide sem respeitar os limites normais, invade e destrói tecidos

adjacentes, e pode-se espalhar para lugares distantes no corpo, através de um processo chamado metástase. Estas propriedades malignas do cancro diferenciam-no dos tumores benignos, que são autolimitados em seu crescimento e não invadem tecidos adjacentes (embora alguns tumores benignos sejam capazes de se tornarem malignos). O cancro pode afetar pessoas de todas as idades, mas o risco para a maioria dos tipos de cancro aumenta com o acréscimo da idade.

O cancro causa cerca de 13% de todas as mortes no mundo, sendo os cancros de pulmão, estômago, fígado, cólon e mama os que mais matam. Muitas vezes, os médicos não conseguem explicar porque é que uma pessoa desenvolve cancro e outra não. No entanto, a investigação demonstra que determinados fatores de risco aumentam a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolver cancro. Os fatores de risco mais comuns para o cancro são, o envelhecimento, o tabaco, a luz solar, a radiação ionizante, determinados químicos e outras substâncias, alguns vírus e bactérias, determinadas hormonas, álcool, dieta pobre, falta de atividade física ou excesso de peso. Muitos destes fatores de risco podem ser evitados. Outros, como por exemplo a história familiar, não podem mas é importante referir sempre ao médico quaisquer dados clínicos familiares relevantes que existam na família. Relativamente aos fatores de risco conhecidos, que não sejam "familiares" (como a exposição excessiva à luz solar, o tabaco, o álcool, a dieta rica em gorduras, a falta de exercício físico, etc.) deve, sempre que possível, evitá-los.

O *Doente oncológico* é compreendido como uma pessoa portadora de doença oncológica devido às características inerentes a uma patologia frequentemente de mau prognóstico e respetivo tratamento, apresentando frequentemente alterações do auto - imagem, psicológicas, experimentando ansiedade e apreensão em relação aos tratamentos, e ao futuro. Segundo Rodrigues (2007), define-se doente oncológico como qualquer individuo a quem lhe é diagnosticado um cancro, independente do tempo decorrido, desde o diagnóstico ou do tipo de tratamento a que foi submetido.

A experiência de cancro num elemento da família é um acontecimento de vida que requer uma adaptação do doente e da família. Ele é suscetível de desencadear mudanças drásticas de papéis, de provocar alteração de atitudes e comportamentos na procura de estratégias para enfrentar os problemas e de adaptação a essas mudanças. Este inclui componentes físicas, sociais e emocionais de diversa intensidade. Os efeitos da doença e de repetidas hospitalizações e tratamentos, sobre as necessidades de vida e o sistema de valores do doente e família provocam múltiplas respostas ao longo de todo o processo, desde o momento do diagnóstico. São frequentes as alterações consequentes nas suas vidas pessoais e familiares para "lutar" contra uma doença extremamente limitante e incapacitante.

A patologia oncológica é atualmente a segunda causa de mortalidade nos países desenvolvidos e também em Portugal, e como se pôde verificar, o Alentejo não é exceção a esta realidade. Neste âmbito a este grupo de doenças tem-se condicionado de forma significativa ao longo dos anos, a atividade das várias instituições da região, hospitais e cuidados de saúde primários, no sentido de darem resposta com a qualidade e acessibilidade que são exigíveis. É importante também sensibilizar a sociedade para a realidade que é o cancro na vida atual e relevar a importância da solidariedade, assim como divulgando sintomas, de forma a prevenir a doença ou a tratá-la o mais prontamente possível.

*É aqui que as instituições se empenham a desenvolver várias estratégias envolvendo recursos humanos e técnicos qualificados, nomeadamente a formação de profissionais, a instalação de equipamentos e a criação de mecanismos de articulação, dentro e fora da região com o objetivo último de proporcionar cuidados de qualidade ao doente oncológico e suas famílias.*

*A Associação é como um guia, um refúgio, um auxílio com que sabemos poder contar, que nos compreende e tudo fará para nos auxiliar em toda esta fase da doença e mesmo após esta, como, por exemplo, no regresso à vida ativa após a doença. Os principais objetivos de uma Associação de Apoio a Doentes Oncológicos como a Associação Oncológica do Alentejo passa por, a redução da morbilidade e mortalidade por cancro, a promoção da saúde, a prevenção e vigilância epidemiológica do cancro, assim como melhorar a qualidade de vida, a qualidade assistencial e a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados.*

## **A Construção Social do Bem-Estar e Qualidade de Vida**

### **Emergência do constructo e modelos teóricos subjacentes**

Relativamente à área da saúde é de salientar aqui a importância de dois conceitos, que de certo modo estão interligados, a qualidade de vida e o bem-estar.

A qualidade de vida constitui um conceito amplamente divulgado pelas ciências sociais e políticas, mas enquanto conceito científico revela-se ambíguo, dadas as várias dificuldades na sua definição. A natureza abstrata deste termo explica porque é que assume significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e momentos diferentes. Tendo em conta a que o constructo constitui um produto sócio histórico assiste-se a um despoletar de inúmeras definições. Desde os anos setenta do século passado, esta expressão tem sido referenciada em vários discursos movidos pelo interesse das nações unidas. O conceito qualidade de vida tem vindo a integrar o grau de satisfação encontrado na vida familiar, conjugal, social e ambiental e na própria

estética existencial, pressupondo uma síntese cultural de todos os elementos que uma determinada sociedade considera o seu padrão de conforto e de bem-estar, ou seja é considerado um método para medir as condições de vida de um ser humano, como o bem-estar, relacionamentos sociais, saúde, educação, entre outros.

A noção de qualidade de vida encontra-se em fase de transição num campo semântico polissêmico, estando por um lado relacionado com as condições e estilos de vida (Castellanos, 1997) e por outro inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

***O conceito abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo, Hartz & Buss, 2005).***

De acordo com Minayo et al. (2000, p.10), *qualidade de vida* é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Esta abordagem remonta-nos a uma compreensão social do termo, que considera questões subjetivas como bem-estar, satisfação nas relações sociais e ambientais, e a relatividade cultural, ou seja, depende-se aqui da carga de conhecimento do sujeito, do ambiente em que ele vive, de seu grupo de convívio, da sua sociedade e das expectativas próprias em relação a conforto e bem-estar.

Gonçalves e Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito. Essa abordagem indica, num primeiro momento, para as expectativas de um sujeito ou de determinada sociedade em relação ao conforto e ao bem-estar. Isso depende das condições históricas, ambientais e socioculturais de determinado grupo, ou seja, o entendimento e a percepção sobre qualidade de vida, nessa perspectiva, são relativos e variáveis. A Qualidade de vida não se esgota nas condições objetivas de que dispõem os indivíduos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira com que vive.

Para Nahas (2001, p. 5), qualidade de vida é a “condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socio ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”. Gonçalves (2004, p.13) define qualidade de vida como “a percepção subjetiva do processo de produção, circulação e

consumo de bens e riquezas. A forma pela qual cada um de nós vive seu dia-a-dia”. Gutierrez e Almeida (2006) abordam ainda que a noção de qualidade de vida tem na relação individual e social, algumas referências como: a.) O desenvolvimento económico, social e tecnológico da sociedade; b.) Valores, necessidade e tradições; c.) Estratificações, em que a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro. Qualidade de vida inclui desde fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, como também outros elementos importantes da vida das pessoas: trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano.

Por fim a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) define a qualidade de vida como a maneira através da qual o indivíduo percebe a sua posição na vida, no seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive, os seus objetivos, padrões e preocupações, sendo um conceito subjetivo e com posições positivas ou negativas.

Sintetizando, podemos referir que o conceito qualidade de vida:

- Tem vindo a construir-se como um referencial na organização das intervenções, na monitorização e na avaliação dos impactos;
- É um constructo social que está a influenciar o desenvolvimento de programas e prestações de serviços, nas áreas de educação, formação (Halper, 1993; Snell & Vogtle, 1997, cuidados de saúde e reabilitação);
- Tem sido utilizado para avaliar a eficácia e eficiência dos serviços prestados às pessoas com deficiências e incapacidades.

Com base na revisão bibliográfica, é possível perceber uma tendência em estabelecer conceitos e níveis de qualidade de vida a partir da análise de instrumentos indicadores dessa noção. Esses parâmetros buscam quantificar aspetos populacionais da saúde e bem-estar de grupos humanos, e apresentam-se sob formas, origens, referenciais e áreas de atuação distintas. As aplicações de instrumentos de avaliação de qualidade de vida [...] são amplas e incluem não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação de efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde. Além disso, podem ser importantes guias para políticas de saúde (Fleck, 2000, p. 38).

“Os indicadores de qualidade de vida têm sido usados para avaliação da eficácia, da eficiência e do impacto de determinados tratamentos na comparação entre procedimentos para o controle de doenças” (Seidl, & Zannon, 2004, p. 581). Embora tais perspectivas levem em consideração as relações entre saúde e qualidade de vida, elas explicitam uma intenção desses indicadores de elucidar os perfis das populações em relação às condições e aos parâmetros em que estão ocorrendo suas vidas. Os

dados gerados levam a caracterizações e comparações dos grupos, e podem ser usados para fins diversos, como a promoção de saúde ou objetivos políticos e mercadológicos.

Os indicadores de níveis de qualidade de vida proporcionam um caminho metodológico de análise das esferas de percepção objetiva e subjetiva. Por essa razão, esses elementos são apresentados de forma separada, porém é preciso considerar a relação dialética que se expressa entre eles.

Neste sentido Schalock (1996) identifica 8 componentes críticas de qualidade de vida, da qual faz parte **o bem-estar, um dos indicadores usados para medir as condições de vida dos seres humanos.**

**O bem-estar** reporta às condições de vida percebidas como desejáveis pelo indivíduo, em 3 domínios: bem-estar emocional, físico e material. Nesta dimensão revela-se a forma como as pessoas pensam sobre si próprias, incluindo domínios específicos de percepção de aceitação da deficiência, satisfação da interação com contextos de vida, e a percepção individual sobre a relação entre a aspiração e a realização de um conjunto de domínios, tais como, mobilidade, lazer, atividades de vida diária, bens, rendimentos, entre outros. A perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1977) e os modelos sistémicos defendem a importância dos fatores do meio, do ambiente e dos contextos, para o desenvolvimento humano. Deste quadro conceptual extrai-se a necessidade de adotar os conceitos de qualidade de vida e bem-estar, não apenas às condições biológicas e físicas, mas também às emocionais e cognitivas, bem como aos aspetos relacionais e de interação dentro da família e ainda ao contexto alargado (ex.: político ou religioso).

No que diz respeito ao campo de saúde, as noções parecem relacionar-se através do resultado social da construção coletiva, bem como dos padrões de conforto e tolerância que uma determinada sociedade estabelece como referenciais.

A ligação do termo QDV ao estado de saúde resultou da clássica definição de saúde da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como ausência de doença”. Surge, então, a QDV ligada ao campo da medicina. Na literatura médica o interesse pelo conceito de “qualidade de vida” começa a delinear-se em 1960 (Elkington, 1966), porém, é a partir de 1990 que se regista um franco aumento.

*A relação entre saúde e qualidade de vida* depende da cultura da sociedade em que está inserido o sujeito, além de ações pessoais (esfera subjetiva) e programas públicos ligados à melhoria da condição de vida da população (esfera objetiva). O estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, se apresentando como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou

negativo. É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido.

A noção de saúde coloca-se como uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece (Minayo et al., 2000). As necessidades de saúde, como uma das vertentes da qualidade de vida, não podem ser separadas dos movimentos sociais urbanos e nem da dimensão da cidadania (Barbosa, 1998). A relação entre a saúde e a qualidade de vida compõe-se dos seguintes elementos (Vilarta & Gonçalves, 2004, p. 42):

**Domínios funcionais:** função física; função cognitiva; envolvimento com as atividades da vida; avaliação de saúde subjetiva;

**Domínios do bem-estar:** bem-estar corporal; bem-estar emocional; autoconceito; percepção global de bem-estar.

Devido a essas características, o estado de saúde de um sujeito sofre influências de inúmeras variantes, desde a subjetividade e a relatividade do conceito e dos limites aceites em determinada sociedade, até elementos físicos, sociais, ecológicos, de hábitos pessoais, entre outros. Por isso, os estados de saúde e doença de um indivíduo não se podem prender somente uma forma de influência (por exemplo, alimentação), pois configuram-se por uma interligação contínua, que depende tanto das ações individuais quanto das políticas públicas (Seidl & Zannon, 2004).

O conceito de **qualidade de vida relacionado com a saúde**, é um conceito mais específico e ainda mais atual que o conceito de qualidade de vida (Rodrigues, 2007). A sua aplicação começou a tornar-se popular na investigação em saúde a partir da década de 70 (Ribeiro, 1994), como consequência da segunda revolução da saúde, que correspondeu à mudança de paradigma em relação à saúde/ doença. Até esta data, a saúde e a doença eram vistas como estados apenas definíveis em termos biológicos e a partir desta, passaram a ser entendidas de um modo holístico.

Para Ribeiro (1994) e Matos (2001), o conceito de QDV ganhou sua importância no âmbito dos cuidados de saúde, estando relacionado com dois motivos, nomeadamente:

- O aparecimento de modelos de intervenção em saúde, encarando o Homem numa perspetiva holística;
- A alteração do padrão de doença, em que as doenças consequentes das baixas condições sócio - económicas deram lugar a doenças crónicas e de evolução lenta, caracterizadas pelo aumento da esperança de vida, todavia com índices de morbilidade mais elevados.

De facto, a importância da QDVS emerge não só de uma evolução do modelo biomédico para o modelo holístico, como está relacionada com a procura da humanização dos cuidados (Pereira, 2005).

Outros autores referem, ainda, que razões históricas e sociais que estiveram na origem de importantes movimentos de direitos cívicos e que conduziram ao desenvolvimento da Carta dos Direitos do Homem, da Carta dos Direitos da Criança e, mais tarde dos Direitos do Doente também levaram ao desenvolvimento da expressão QDVS (Duro, 2009). Os direitos dos doentes espelham a ideia de que o doente é o elemento central do sistema de saúde e do sistema dos cuidados de saúde (Idem). Para Laine & Davidoff (2005), a expressão “cuidados centrados no doente” refere-se aos cuidados de saúde que estão em consonância com as necessidades, desejos e preferências do doente, pelo que a peça central deste movimento, segundo os autores supracitados é avaliação da QDV.

Num dos estudos mais importantes sobre a QDV, realizado por Campbel, Converse e Rodgers, conclui-se que “a saúde era a variável que melhor explicava a qualidade de vida” (Ribeiro, 1998, p.98). Uma das relações entre estes dois conceitos (qualidade de vida e saúde) é a de que a *QDV é o objetivo e a saúde é o objeto de intervenção, pelo que intervindo sobre a saúde se pode melhorar a qualidade de vida* (Rodrigues, 2007). Pelo exposto, conclui-se que a QDV é um conceito mais abrangente que o de saúde, sendo esta última entendida como um dos recursos pessoais dos indivíduos e um dos indicadores que permite medir a QDV (Ribeiro, 1998).

**A QDV converteu-se gradualmente, num objetivo prioritário dos serviços de saúde,** concomitantemente à prevenção de doenças, à efetivação da cura e ao alívio de sintomas ou ao prolongamento da vida humana (Ferreira, 1994), começando a desenvolver-se no sentido de valorizar parâmetros mais amplos, para além da diminuição da mortalidade ou do aumento da esperança de vida (Rodrigues, 2007). Com efeito, a questão atual já não é saber se os indivíduos sobrevivem ou morrem, mas sim se os indivíduos que vivem com uma doença crónica conseguem viver o quotidiano com a mesma facilidade e a mesma satisfação das pessoas que não sofrem de nenhuma patologia (Ribeiro, 1998).

Fallowfield (1990) concluiu que a QDVS é um conceito multifacetado, o qual resulta do funcionamento satisfatório do indivíduo em vários domínios. Efetivamente são vários os autores que descrevem estes domínios. Santos & Ribeiro (2001), após revisão da bibliografia, concluíram que na avaliação da QDVS é essencial ter em consideração os seguintes domínios:

- Estado funcional, que se refere à capacidade de realizar uma gama de atividades que são normais para a maioria das pessoas, onde se insere o autocuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social (Idem);

-Sintomas físicos, relacionados com a doença e o tratamento (Ibidem). No que concerne ao bem-estar físico, o facto de o individuo não ter, por exemplo, acesso ao apoio dos profissionais de saúde, familiares e amigos leva a que muitas vezes apresentem dificuldades em se ajustar à doença e ao tratamento (Pereira, 2005).Um mau controlo de sintomas desencadeia nos doentes uma elevada ansiedade, depressão e frustração, o que interfere com a QDV do próprio doente e da sua família (Rodrigues, 2007). A dor é um exemplo de um sintoma que tem maiores implicações na QDV (Rummans, et al., 1998);

- Funcionamento social, é um dos transtornos mais comuns, não apenas para os doentes oncológicos, mas em qualquer doente crónico, e no qual se inserem as relações com a família e o meio social e a frequência de participação em atividades sociais (Santos & Ribeiro, 2001). Poderão, assim, ocorrer situações de restrição ao nível da atividade social, devido a consequências de uma doença crónica, imobilidade física ou dor (Pereira, 2005);

- Avaliação global, visto que a QDV não é mais do que a soma das suas partes componentes, torna-se útil a inclusão de uma avaliação global como suplemento das mais específicas, devendo limitar-se a áreas relacionadas com a saúde (Santos & Ribeiro, 2001);

Os autores supracitados acrescentam ainda que esta avaliação parece ser relevante em diferentes aspetos da gestão da saúde, particularmente na escolha de tratamentos diferentes com efeito biológico semelhante, no conhecimento dos interesses particulares dos doentes, na avaliação dos efeitos da terapêutica e no estabelecimento de um melhor relacionamento entre a equipa de saúde e o doente (Idem).

O cancro, como já referido anteriormente, é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno e ao adotar o estatuto de doença crónica inscreve-se no âmbito das patologias predominantes do tempo atual (Laranjeira, 2007). Esta patologia conduz a situações de angústia, desespero e até medo da morte, mesmo em casos que é potencialmente curável (Pereira & Lopes, 2005).

*O impacto do diagnóstico, a confirmação da doença e o tratamento têm associados limitações físicas, funcionais e psicológicas, que acarretam uma redução significativa da qualidade de vida (QDV) dos doentes (Machado & Sawada, 2008).*

**“A qualidade de vida é um conceito atual, tanto na sua utilização genérica, como no domínio da saúde, das doenças em geral e da doença oncológica especificamente” (Oliveira & Pimentel, 2006).**

De facto, as pessoas que sofrem de cancro relatam um impacto da sua doença na sua qualidade de vida (Paredes et al., 2008). Este impacto relaciona-se com aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, os quais levam a uma diminuição significativa na qualidade de vida dos doentes, bem como dos seus familiares, o que pode perturbar de forma adversa o seu tratamento e reabilitação (Idem).

Em 1984, Tiel, McNeiel e Bush sugeriram que a QDV, nos indivíduos que padecem de uma determinada doença “é um conceito global que... inclui as vertentes psicológicas, social e física e incorpora tanto os aspetos positivos de bem-estar, como aspetos negativos da doença” (Pimentel, 2003,p.26).

O interesse pela qualidade de vida em doentes oncológicos tem vindo a ser cada vez maior e “os estudos sobre cancro tendem a constituir cerca de um quarto de todos os estudos sobre a qualidade de vida” (Ribeiro, 2001,p.75). Este conceito surgiu no âmbito da oncologia, em parte devido ao rápido progresso da tecnologia médica usada na terapêutica do cancro, que possibilitou prolongar a vida muito para além do que seria de esperar pela história natural da doença (Pimentel, 2003).

A Oncologia foi uma das primeiras áreas da Medicina a avaliar a QDV dos doentes, fundamentalmente devido ao crescimento explosivo da tecnologia médica usada na terapêutica do cancro e ao crescimento da complexidade das decisões médicas (Maguire & Selby, 1989). De acordo com Pimentel (2003), a avaliação da QDV dos doentes como um objetivo principal em Medicina é um conceito recente, *mas que algumas instituições e organizações internacionais passaram a sugerir que fosse o primeiro objetivo dos sistemas de saúde.*

No que concerne especificamente à investigação da **QDVS em Oncologia**, Sirgy (2001), constatou que na última década se tem assistido a uma intensa atividade, usando vários modelos de QDVS e, apesar de algumas indefinições e incertezas ainda existentes, já se obtiveram alguns consensos (Aaronson et al.,1993; Albert et al.,2002; Koller & Lorenz, 1998; Lorenz et al.,1999 citado em Pimentel, 2003), relativamente à sua definição, medida e necessidade.

A QDV complementa os objetivos da terapêutica oncológica, cujos propósitos não podem limitar-se somente, por exemplo, à redução da massa tumoral ou à sobrevivência (Jones, Fayers & Simons, 1987).

Oliveira & Pimentel (2006) acrescentam que, atualmente, os tratamentos possibilitam aumentar a sobrevivência dos doentes oncológicos, porém, numa grande maioria de vezes, à custa de grande sofrimento face aos efeitos adversos, daí que, para além do prolongamento da vida, é primordial a manutenção de uma vida com qualidade. A QDV do doente oncológico depende muito das expectativas pessoais, que por sua vez variam em função de uma série de fatores, como por exemplo, as experiências de vida de cada doente (Rodrigues, 2007). Por isso, perante um mesmo diagnóstico oncológico, as expectativas entre os indivíduos poderão ser totalmente diferentes (Idem). Em suma, pode-se concluir que as expectativas adequadas do doente oncológico melhoram a sua QDV (Wan, Counte & Cella, 1997).

Neste sentido, e de acordo com Twycross (2003), para melhorar a QDV dos doentes oncológicos, independentemente da fase da doença em que se encontrem, é necessário diminuir o afastamento entre as aspirações e aquilo que é possível alcançar. Perante isto, conclui-se que qualquer doente com patologia oncológica terá um nível de QDV tão elevado quanto menor for a distância entre as suas esperanças, ambições, desejos e a sua realidade atual (Rodrigues, 2007).

A introdução da QDV como um objetivo a alcançar no âmbito da saúde, resultou de uma consciencialização crescente por parte dos profissionais de saúde em relação à importância da qualidade do tempo que se vive, em detrimento da sua quantidade, não sendo suficiente curar a doença ou prorrogar a morte (Cotrim, 2007).

Segundo Machado (2005), os Recursos Humanos (RH) em saúde devem ter uma correta adequação entre as necessidades de uma determinada população e os objetivos institucionais. Há assim uma necessidade de adequação do perfil profissional para atender as demandas de promoção da saúde através de mecanismos ou ações que garantam, mantenham e forneçam qualidade de vida a população. Deste modo é fundamental que os recursos humanos consigam responder com eficiência e qualidade a todas as necessidades e exigências impostas pela área da saúde, respondendo às necessidades das pessoas, e promovendo a melhoria da saúde, contribuindo assim para a construção social da qualidade de vida e do próprio bem-estar.

Estes contribuem para a promoção de serviços de referência garantindo qualidade de vida, integração social e bem - estar de clientes institucionalizados e comunidade, com rigor e profissionalismo orientados pelos seguintes valores: privacidade, respeito, confidencialidade, rigor, integridade, responsabilidade social, espírito de equipa, qualidade, ética, inovação, equidade / igualdade, honestidade, compreensão, lealdade e sustentabilidade com a participação ativa da comunidade.

Ser Instituição de referência nos serviços prestados é a visão que, aliada à missão e valores permite nortear um processo de ações de melhoria constante para dar resposta às necessidades e expectativas dos doentes, tendo em vista a sua satisfação e por inerência a sua Qualidade de Vida e Bem-Estar.

## DADOS ESTATÍSTICOS

### INCIDÊNCIA NO ALENTEJO

Em 2008 ocorreram 12,4 milhões de novos casos de cancro e a mortalidade foi de 7,6 milhões. Espera-se que em 2030 esse valor mais que duplique e atinja os 26,4 milhões de novos casos e a mortalidade atinja os 17 milhões e cerca de 80 milhões de indivíduos a viver com esta enfermidade. (*World Cancer Report*, OMS, 2008; <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wcr/2008/>; International World Cancer Research Fund 2012 – [www.wcrf.org](http://www.wcrf.org)).

Em Portugal a incidência foi de 43284 casos e a mortalidade de 24302 indivíduos em 2008 (Globocan, IARC 2008, <http://www-dep.iarc.fr/>; ROR Sul).

No Alentejo temos uma incidência anual de cerca de 2200 casos e uma mortalidade de aproximadamente 1200 casos. As estimativas para os próximos anos dão conta de um aumento progressivo na incidência e prevalência do cancro, devido entre outros fatores, ao envelhecimento da população e à maior eficácia dos tratamentos disponíveis, respetivamente.

Segundo os dados do ROR-Sul publicados em 2008 - Os 10 tumores mais frequentes na população portuguesa adulta na região sul de Portugal no período 2000/2001, são os representados nas tabelas seguintes:

Topografia (ICD-O-3)	Descrição	Nº de Casos
C61	PRÓSTATA	4140
C33+C34	TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	2102
C18	CÓLON	1790
C16	ESTÔMAGO	1333
C67	BEXIGA	1240
C19+C20	RECTO	1158
	LINFOMA NÃO HODGKIN	681
C32	LARINGE	503
C15	ESÓFAGO	364
C64	RIM	355

Tabela 1. Os dez tumores mais frequentes nos homens no ROR-SUL, 2000-2001. Globocan, IARC 2008, <http://www-dep.iarc.fr/>; ROR Sul

Topografia (ICD-O-3)	Descrição	Nº de Casos
C50	MAMA	4643
C18	CÓLON	1441
C16	ESTÔMAGO	839
C54	CORPO DO ÚTERO	822
C19+C20	RECTO	696
C53	COLO DO ÚTERO	664
	LINFOMA NÃO HODGKIN	627
C56	OVÁRIO	504
C33+C34	TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	486
C73	GLÂNDULA TIROIDEIA	380

Tabela 2. Os dez tumores mais frequentes nas mulheres no ROR-SUL, 2000-2001. Globocan, IARC 2008, <http://www-dep.iarc.fr/>; ROR Sul

Topografia (ICD-O-3)	Descrição	Nº de Casos
C50	MAMA FEMININA	4643
C61	PRÓSTATA	4140
C18	CÓLON	3231
C33+C34	TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	2588
C16	ESTÔMAGO	2172
C19+C20	RECTO	1854
C67	BEXIGA	1582
	LINFOMA NÃO HODGKIN	1308
C54	CORPO DO ÚTERO	822
C53	COLO DO ÚTERO	664

Tabela 3. Os dez tumores mais frequentes no ROR-SUL, 2000-2001. Globocan, IARC 2008, <http://www-dep.iarc.fr/>; ROR Sul

Os dados recentemente publicados pelo ROR- SUL, respeitantes à incidência no ano de 2006 mostram os 20 tumores mais frequentes na região:

Tabela 4. 20 Tumores mais frequentes na região. Globocan, IARC 2008, <http://www-dep.iarc.fr/>; ROR Sul

Topografia	Total Casos/Região	ULSBA	Évora	ULSNA	ULSLA
Colón	244	62	89	50	31
Próstata	241	54	93	56	27
Mama	237	51	92	58	25
Pulmão	202	63	53	42	32
Reto	149	31	66	30	16
Estômago	127	38	30	33	18
Linfoma	115	37	34	18	19
Cabeça/Pescoço	101	30	22	28	15
Bexiga	90	25	34	14	13
Útero	70	16	28	15	8
Pâncreas e VB	68	18	24	14	9
SNC	51	14	16	11	7
Ovário	41	10	15	9	5
Melanoma	39	14	8	7	7
Rim	35	8	13	8	4
Tiroideia	34	11	8	8	6
Colo útero	30	9	8	7	5
Fígado	30	8	8	8	4
Esofago	16	3	8	3	2
Testículo	9	3	1	3	2
<b>Primários D</b>	<b>62</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>9</b>
<b>Total Casos /Instituição</b>	<b>2064</b>	<b>569</b>	<b>727</b>	<b>478</b>	<b>290*</b>

\*Estimativa ULSLA para 2006, cerca de 0,7 população da ULSBA

Estimativas da Agência Internacional de Investigação do Cancro (IARC) indicam que, em 2008, registaram - se 12.7 milhões de novos casos de cancro e 7.6 milhões de mortes por cancro (o que significa 13% de todas as mortes). Prevê-se que estes números dupliquem até ao ano de 2030.

Em Portugal o cancro é a segunda causa de morte, logo atrás das doenças cardiorrespiratórias. De acordo com os dados do IARC, ocorreram 24.3 mil óbitos por cancro em Portugal, em 2008. No mesmo ano foram diagnosticados 43.3 mil novos casos de cancro, com uma taxa de incidência de 223.2 novos casos em cada 100 mil habitantes, sendo mais elevada no sexo masculino, 266.8/100000, que nas mulheres, 190.8/100000.

A comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos nacionais (Norte, Sul e Centro), relativa aos dados de 2001, permite perceber que dos 33052 novos casos de cancro diagnosticados, excluindo os carcinomas basocelulares e espinocelulares da pele, 16769 foram registados no Sul. Segundo o mesmo estudo, na Região Sul a taxa de incidência bruta de tumores malignos é de 376.6 por 100 mil habitantes, enquanto na Região Norte é de 312.8/100000 e na Região Centro de 259/100000. A taxa de incidência padronizada, para a população da europa, é de 296.2 por 100 mil habitantes na Região Sul, 290.5/100000 na Região Norte e 208.7/100000 na Região Centro.

O Registo Oncológico Regional do Sul, adiante designado de ROR – Sul inclui as regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e região Autónoma da Madeira. Em 2006, no Sul, a região Alentejo é a que mais contribui para a população em risco, logo a seguir a Lisboa e Vale do Tejo.

Em 2006, foram registados 19.404 novos tumores malignos primitivos na população residente na região do ROR-Sul. A taxa de incidência bruta, para esta população foi de 417.50 novos casos diagnosticados por cada 100 mil residentes na região. A taxa de incidência padronizada, para a população europeia foi de 312.36/100000.

No distrito de Évora foram registados, em 2006, 778 novos casos de cancro. A taxa de incidência bruta foi de 446.21 tumores diagnosticados por 100 mil residentes no distrito e a taxa de incidência padronizada para a população europeia de 290.44/100000.



Gráfico 1. Évora-incidência por grupo etário, em ambos os sexos, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

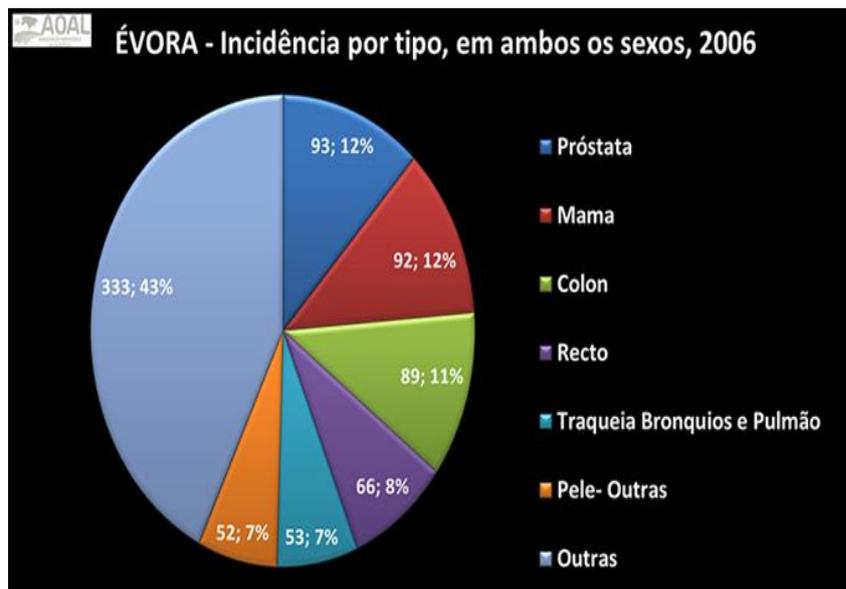


Gráfico 2. Évora-incidência por grupo etário, em ambos os sexos, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

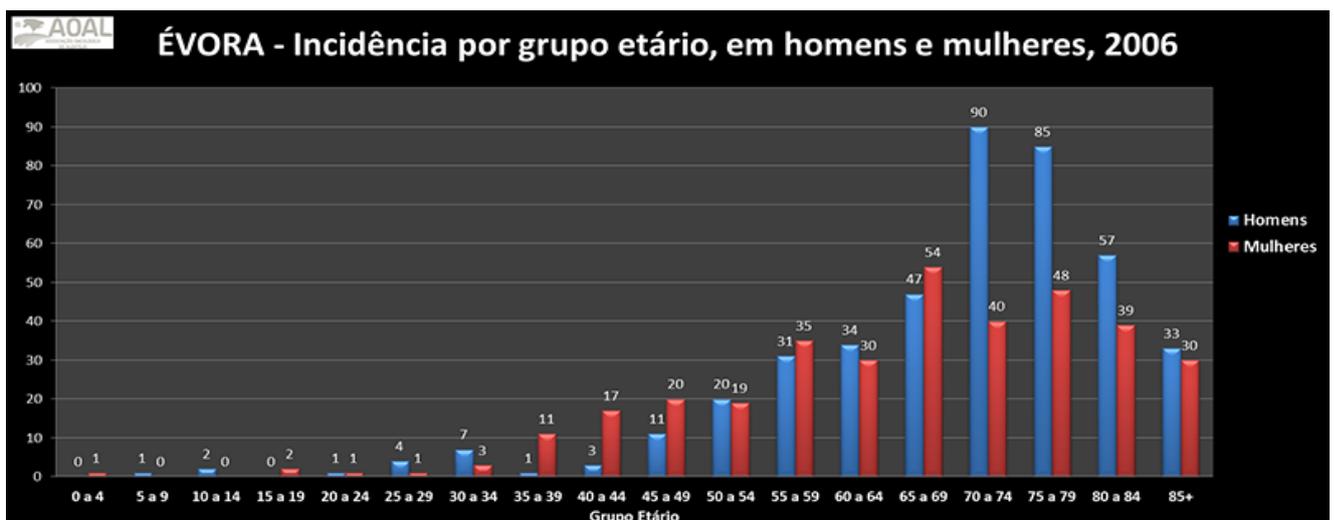


Gráfico 3. Évora- incidência por grupo etário, em homens e mulheres, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

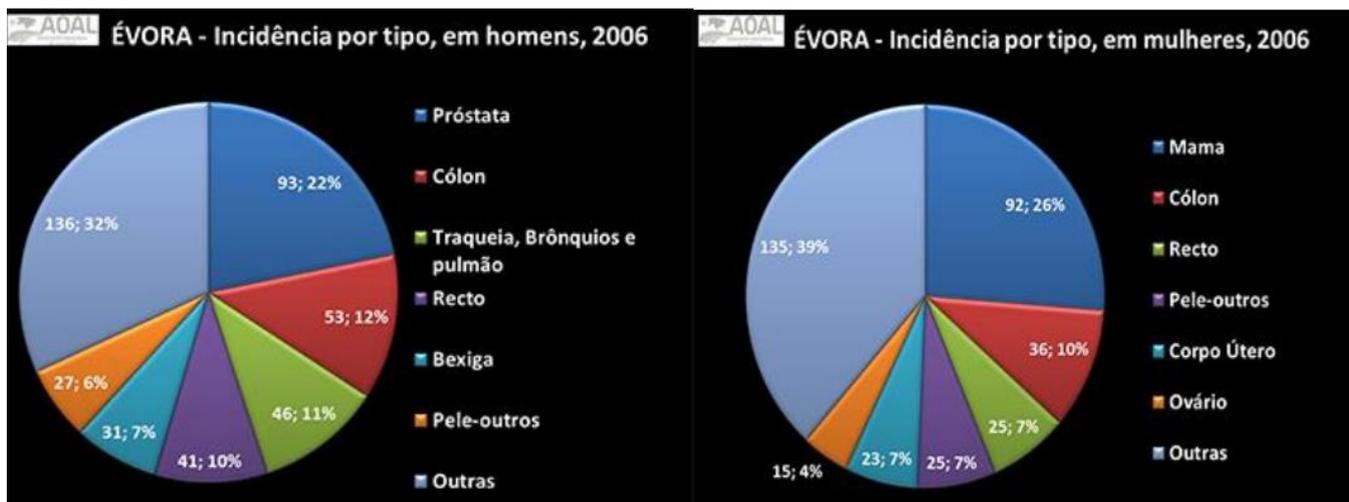


Gráfico 4. Évora- incidência por grupo etário, em homens e mulheres, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

Em Beja, em 2006, foram diagnosticados 615 tumores malignos primitivos. A taxa de incidência bruta foi de 398.51/100000 e a taxa de incidência padronizada para a população europeia de 258.67/100000.

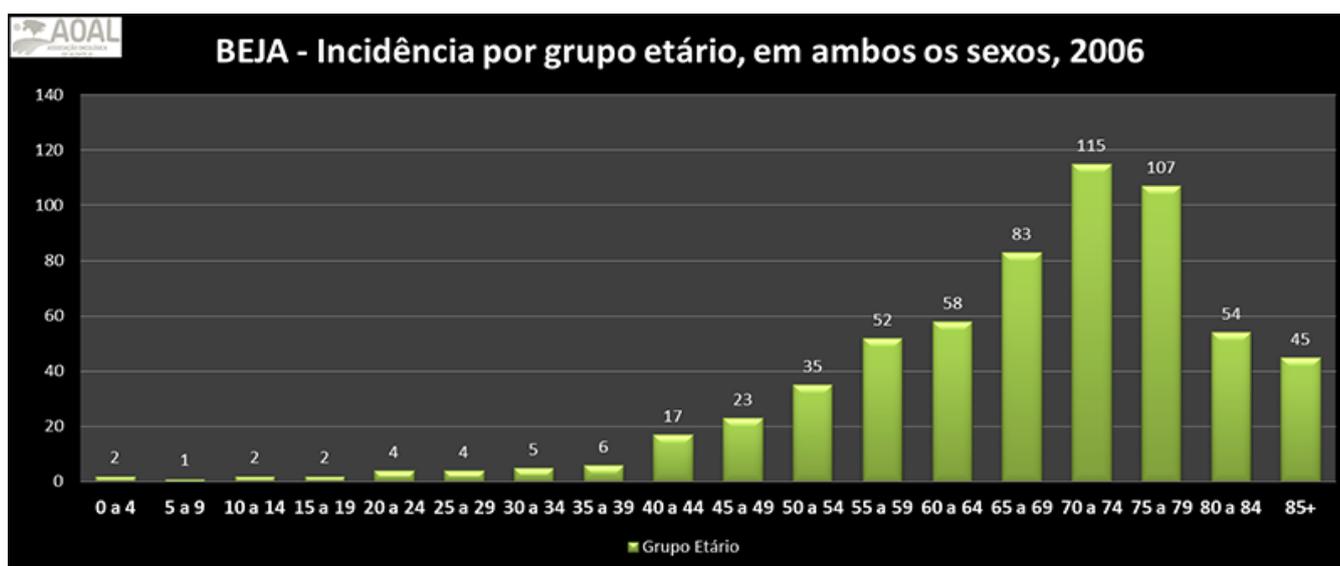


Gráfico 5. Beja- incidência por grupo etário, em ambos os sexos, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.



Gráfico 6. Beja- incidência por grupo etário, em ambos os sexos, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

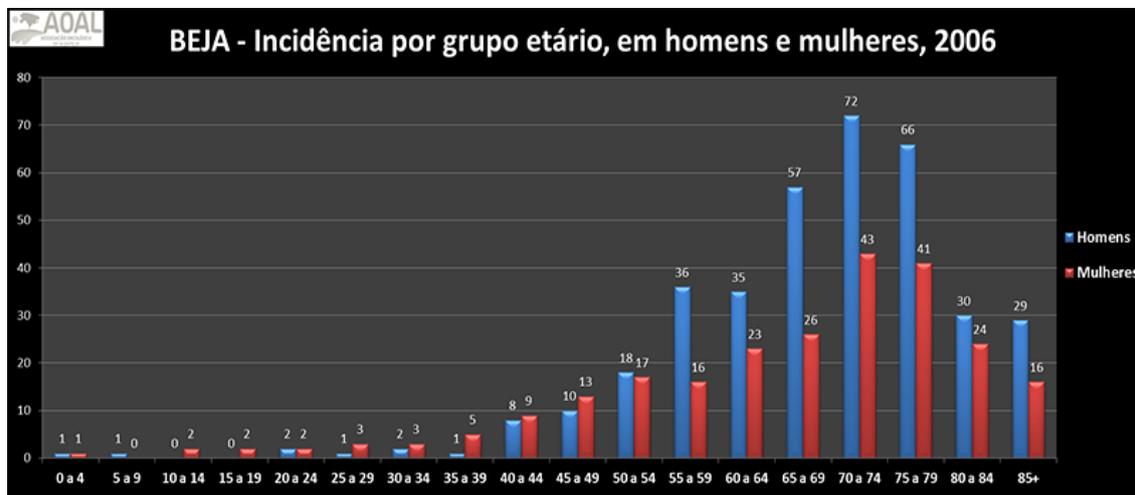


Gráfico 7. Beja- incidência por grupo etário, em homens e mulheres, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

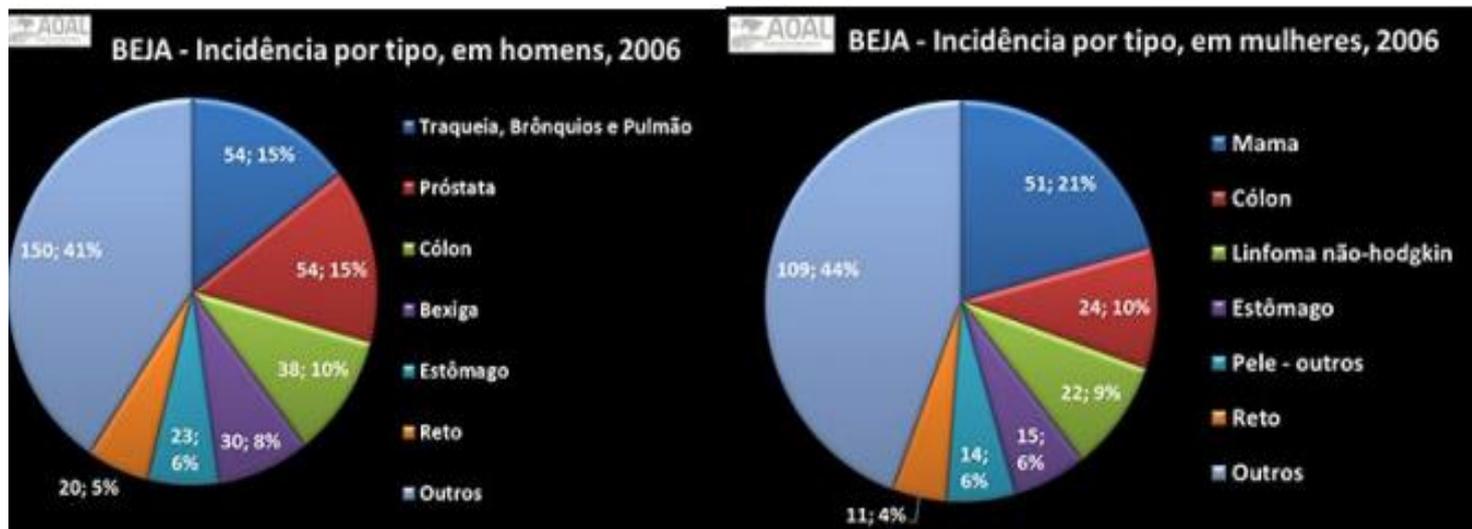


Gráfico 8. Beja-incidência por tipo, em homens e mulheres. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Porto: IPO-Porto.

No distrito de Portalegre, no mesmo ano, registaram-se 535 novos casos. A taxa de incidência bruta foi de 447.54, enquanto a taxa padronizada para a população da Europa foi 262.01/100000. Na Região Alentejo registaram-se 1.928 novos casos de cancro no ano de 2006.

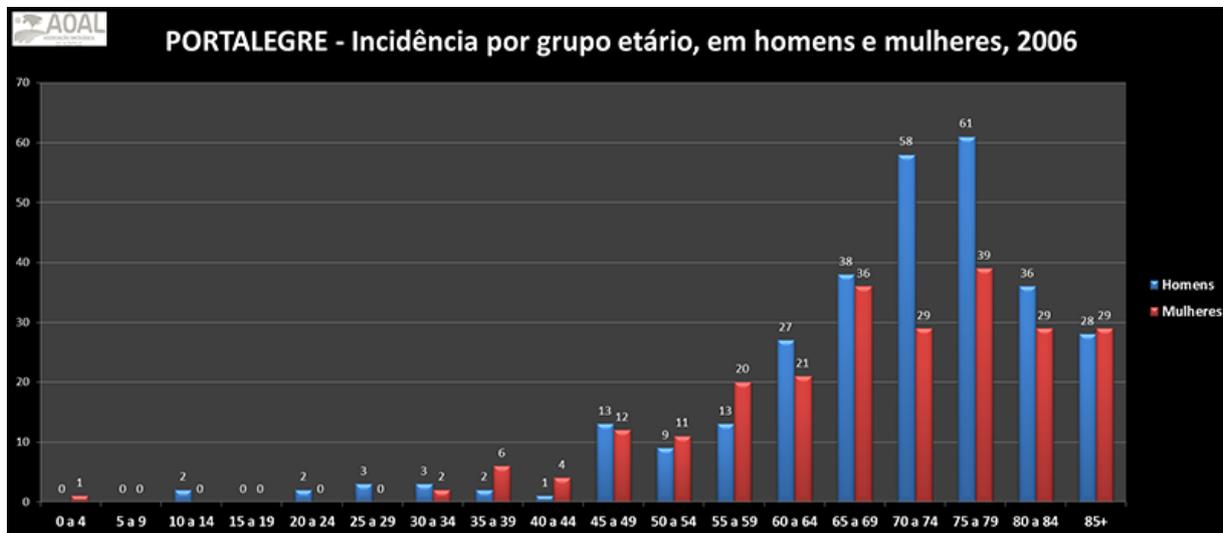


Gráfico 9. Portalegre- incidência por grupo etário, em homens e mulheres, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno (2009). Porto: IPO-Porto.

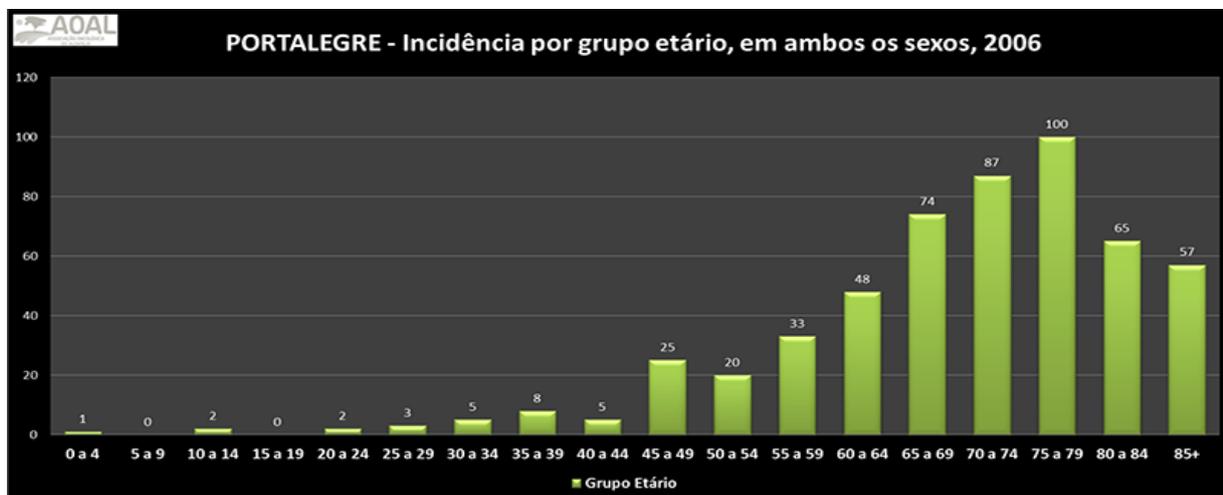


Gráfico 10. Portalegre- incidência por grupo etário, em ambos os sexos, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

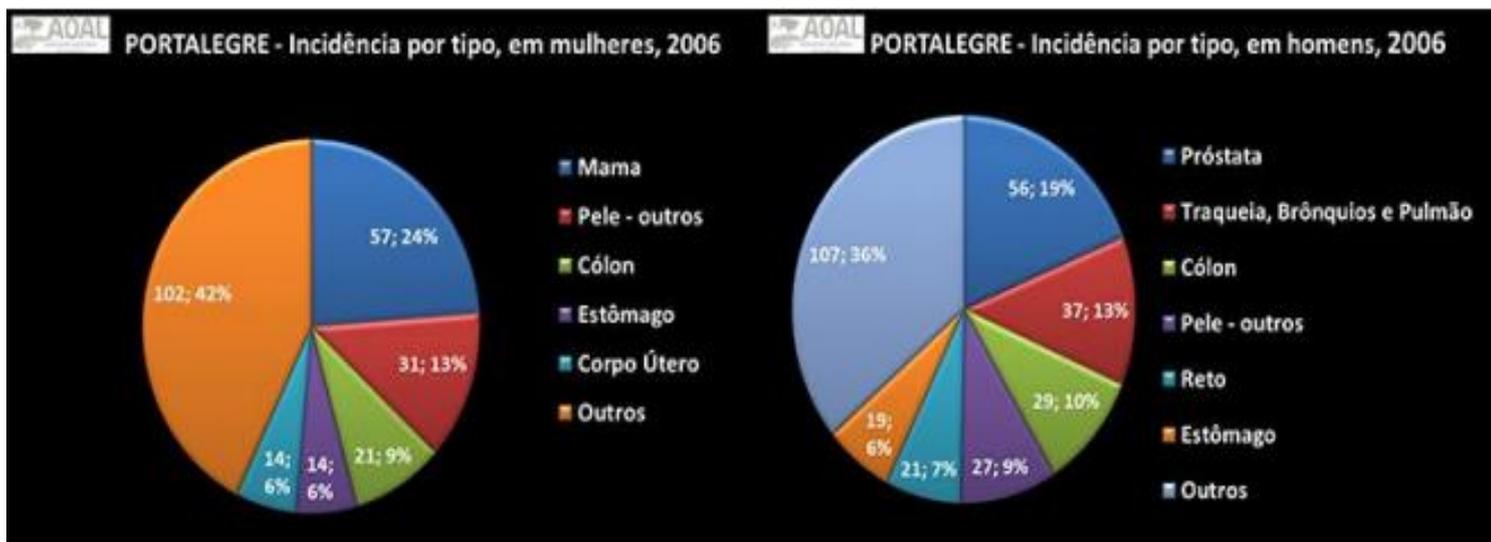


Gráfico 11. Portalegre- incidência por grupo etário, em homens e mulheres, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

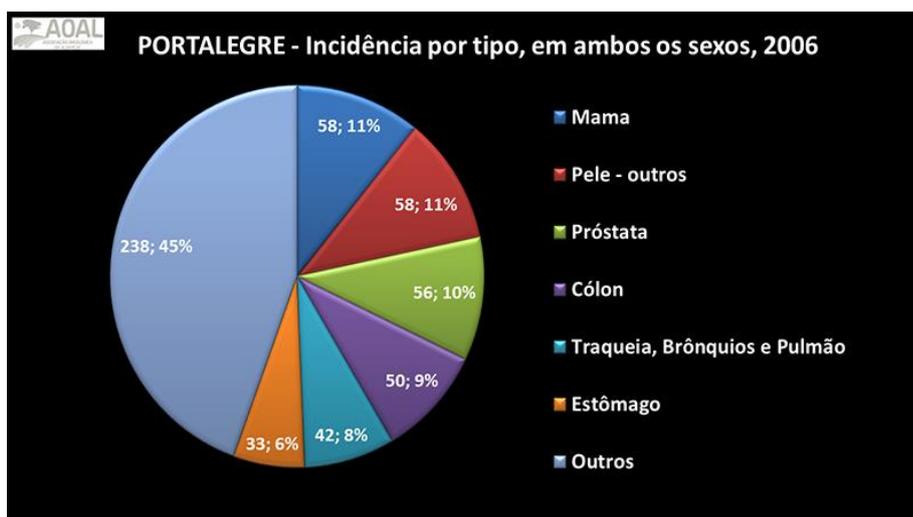


Gráfico 12. Portalegre- incidência por grupo etário, em ambos os sexos, 2006. Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais. Fonte: AOAL; Roreno. (2009). Porto: IPO-Porto.

## CAPITULO II: CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

### APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO



Fig. 1-Portugal



Fig. 2-Alentejo



Fig3-Évora

O Alentejo, com uma área de 31551,2 Km<sup>2</sup> (33% do continente) tem atualmente uma população residente de 757190 habitantes (7,2% da população portuguesa). Estes números fazem da região a maior do país, com uma estrutura etária envelhecida, nomeadamente 24,45 % da população acima dos 65 anos, o valor mais elevado a nível nacional (INE-Censos de 2011).

Sendo a idade um dos principais fatores de risco para o cancro, será de esperar um aumento relativo da incidência regional.

A cidade de Évora é uma cidade portuguesa, da região do Alentejo e sub-região do Alentejo Central, com uma população de 49 252 habitantes (2011). Évora é a única cidade portuguesa membro da Rede de cidades europeias mais antigas, sendo sede de um dos maiores municípios de Portugal, com 1307,08 km<sup>2</sup> de área e 56 596 habitantes (2011), subdividido em 12 freguesias. O município é limitado a norte pelo município de Arraiolos, a nordeste por Estremoz, a leste pelo Redondo, a sueste por Reguengos de Monsaraz, a sul por Portel, a sudoeste por Viana do Alentejo e a oeste por Montemor-o-Novo. É sede de distrito e de antiga diocese, sendo metrópole eclesiástica (Arquidiocese de Évora).

O seu centro histórico bem-preservedo é um dos mais ricos em monumentos de Portugal, o que lhe vale o epíteto de *Cidade-Museu*. Em 1986, o centro histórico da cidade foi declarado Património Mundial pela UNESCO.



**Fig. 4-Hospital Espírito Santo**



**Fig.5 -Edifício do Patrocínio**

O Hospital Espírito Santo<sup>3</sup> tem localização em Évora e é constituído por 2 edifícios, o Edifício do Espírito Santo e o Edifício do Patrocínio.

Há mais de quinhentos anos que o Hospital de Évora serve a população do Alentejo. Ao longo de cinco séculos, este Hospital Central passou por diversas evoluções e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia e após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora. Em 1996 retomou o nome Hospital do Espírito Santo, sendo Entidade Pública Empresarial (EPE) desde 2007. No ano seguinte, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central. Nos fins do séc. XV, existiam na cidade de Évora, pelo menos, doze pequenos hospitais, também chamados albergarias ou hospícios, destinados a recolher os romeiros, os pobres, os peregrinos e os enfermos como, o Hospital de S. João de Jerusalém, o Hospital do Corpo de Deus da Sé, junto à Catedral; o Hospital de Santo Antonino, entre outros.

D. Manuel considerou-se padroeiro deste Hospital e deu-lhe o título de Real. Depois do Hospital Real do Espírito Santo, há notícia de terem sido criados, na cidade de Évora, quatro pequenos hospitais, com fins específicos. D. Manuel subiu ao trono em 25 de Outubro de 1495, e obteve autorização do Papa Alexandre VI, para fazer a fusão dos pequenos hospitais de Coimbra, Évora e Santarém. Convém, no entanto, referir que os testemunhos não são unânimes, nem quanto à fusão dos hospitais, nem quanto à fundação do Hospital do Espírito Santo.

---

<sup>3</sup> Fonte: Agostinho Crespo Leal, Capelão do Hospital, in Atas do Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora (1996).

A 6 de Abril de 1567, o Hospital do Espírito Santo foi entregue, pelo Cardeal D. Henrique, à Mesa da Santa Casa da Misericórdia de Évora, que o administrou durante 409 anos. A 2 de Abril de 1975, por imperativos legais, o Hospital do Espírito Santo, passou para a tutela do Estado, e em 1975, verificou-se a entrada em funcionamento do edifício novo do Hospital. Foram aqui implementadas várias ações no âmbito da humanização, nomeadamente a remodelação das consultas de Pediatria, a criação dos balcões de informação, o alargamento do horário das visitas, a criação de grupos de voluntários, etc. Quanto à modernização salienta-se a criação do Serviço de Anatomia Patológica e da Morgue, instalados em edifício novo (1979), remodelação do edifício anexo ao Hospital e criação da Unidade de Hemodiálise (1986), a criação da Unidade de Neonatologia (1990), a remodelação do Serviço de Urgência, criação do balcão de Pediatria e ampliação da Sala de Observações (1991), a criação de Núcleos de Exames Especiais, a aquisição e instalação da TAC, de equipamento atualizado para exames de aparelho digestivo (1992), a aquisição de equipamento para a introdução da Cirurgia Laparoscópica e Artroscópica (1993), a criação da Unidade de Cuidados Intensivos (1994), etc.

O Hospital de Évora tem vindo a melhorar a prestação de cuidados de saúde, quer com o aumento do seu quadro de pessoal e melhoria da sua formação, quer com a instalação de equipamento tecnológico avançado, tomando-o uma Unidade de Saúde com a vitalidade que lhe advém da consciência do seu dever.

#### ☞ **Missão**

O Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. é um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) da Região Alentejo, que desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. O Hospital rege-se pelos seguintes **valores**:

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Cultura da melhor gestão;
- d) Respeito pelas normas ambientais;
- e) Promoção da qualidade;
- f) Ética, integridade e transparência;
- g) Motivação;
- h) Trabalho de equipa;

## O LOCAL DE ESTÁGIO

O presente estágio realizou-se na Associação Oncológica do Alentejo, localizada no Hospital Espírito Santo no Edifício do Patrocínio em Évora.

Sobre esta posso dizer que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, fundada a 22 de Julho de 2009, por um grupo de sócios fundadores, todos

eles ligados à unidade de oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, sendo presidida por a Dra. Maria Horta. A associação conta até ao momento com 5 voluntários que prestam toda a sua dedicação e empenho à associação, ajudando o doente oncológico sempre que necessário, e 193 sócios, constituindo estes desta forma, os recursos desta associação.

Sendo uma estrutura de apoio que conta com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, a AOAL pretende ser uma entidade de referência na região Alentejo na promoção e defesa dos direitos da saúde, da educação e do apoio social ao doente oncológico.

A Associação Oncológica do Alentejo tem como missão o apoio ao doente oncológico e aos seus familiares, cuidadores, com vista à promoção do seu bem-estar e qualidade de vida, e como visão ser uma entidade de referência, na região Alentejo, na promoção e defesa dos direitos, da saúde, da educação e do apoio social do doente oncológico. Ganhou estatuto de IPSS a 26 de Março de 2012. A AOAL tem como valores principais: a Mudança; a Qualidade; o Compromisso; a Cooperação; a Igualdade; o Altruísmo.

Os objetivos desta associação são:

1. O apoio social e humano ao doente oncológico do Alentejo;
2. A promoção e proteção na saúde do doente oncológico;
3. Facilitar o acesso do doente oncológico a apoios técnicos e financeiros;
4. Promover ações de sensibilização da população para a doença oncológica, seu rastreio e prevenção;
5. A colaboração com outras entidades com fins idênticos, de âmbito regional, nacional ou internacional.

Algumas **atividades desenvolvidas** pela AOAL são:

- a) Encontros para a saúde com os doentes oncológicos, familiares e cuidadores;



- b) A alimentação do doente oncológico na quimioterapia e na radioterapia;
- c) Direitos dos doentes oncológicos;
- d) Programa Mexa-se! Exercício Físico, duas vezes por semana, nas instalações da Unidade de Radioterapia;
- e) Ações de sensibilização contra o cancro digestivo;
- f) Realização de caminhadas com objetivo de sensibilização na prevenção do cancro da pele.

O **Centro de Aconselhamento ao Doente Oncológico (CADO)** da AOAL conta com profissionais especializados em diversas áreas para:

- Apoiar o doente oncológico em todas as fases da doença;
- Esclarecer acerca das diversas temáticas relacionadas com o cancro, de forma a reduzir ansios e preocupações;
- Sensibilizar para estilos de vida saudáveis que facilitem a prevenção de complicações associadas à doença ou aos seus tratamentos;
- Informar e esclarecer os cuidadores/familiares para uma melhor gestão da doença;
- Facilitar o acesso a apoios técnicos, financeiros e jurídicos;
- Promover o bem-estar e otimizar a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Para isso conta com um leque de profissionais especializados em diversas áreas como:

**-Serviço Social:** Dra. Guilhermina Laranjo

**-Psicologia:** Dra. Soraia Miguéis

**-Jurídico:** Dra. Maria Horta

**-Nutrição:** Dra. Graça Raimundo

**-Fisioterapia:** Dra. Carla Correia

**-Reiki:** Dra. Paula Fernandes.

A Associação Oncológica do Alentejo disponibiliza aos doentes oncológicos os seguintes serviços:

## FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA

A fisioterapia pode ter um importante papel no tratamento de alguns dos efeitos adversos do cancro e/ou tratamentos contra o cancro, como por exemplo, o linfedema, fibrose e aderência de cicatrizes e diminuição das amplitudes de movimento.

## PSICOLOGIA

No processo de início de tratamento, durante e na recuperação, o apoio psicológico junto de um profissional especializado para o efeito poderá fazer toda a diferença no enfrentar da doença.

## GRUPO DE APOIO A DOENTES OSTOMIZADOS

O **Grupo de Apoio a Doentes Ostomizados** foi criado para apoiar, especificamente, os doentes ostomizados e suas famílias em todas as fases da doença, e proporciona encontros entre os doentes oncológicos com ostomia, seus cuidadores e profissionais de saúde de diversas áreas. Estes realizam-se uma vez por mês, na primeira segunda-feira de cada mês, nas instalações da Unidade de Radioterapia do Hospital do Espírito Santo de Évora.

## ENFERMAGEM

A AOAL disponibiliza consultas de enfermagem, aos seus associados, com objetivo de promover informação e esclarecimento de dúvidas, sobre a doença, os tratamentos contra o cancro e eventuais efeitos secundários.

## SERVIÇO SOCIAL

A Assistente Social está disponível para esclarecer e informar acerca das respostas de âmbito social, da RNCCI, bem como dos direitos dos doentes oncológicos.

## REIKI

O Reiki, enquanto terapia, pretende promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa com cancro, apelando à vida através de um apoio e acompanhamento positivo nas questões relacionadas com esta doença.

AOAL disponibiliza Reiki nas suas instalações, sendo gratuito para sócios, doentes oncológicos.

## PROGRAMA MEXA-SE

O **Programa Mexa-se** inclui sessões de exercício duas vezes por semana, orientadas por uma fisioterapeuta.

A participação no programa está aberta a todos os doentes de cancro da mama sendo gratuita para os sócios da AOAL.

## MUSICOTERAPIA

### *A música do “Eu” no “Outro”*

A Musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos com o objetivo de desenvolver a comunicação entre os participantes, a partilha de experiências e dúvidas, criando, ao mesmo tempo, um espaço de reflexão e relaxamento.

## PARCERIAS DA AOAL

### Farmácia Gusmão, Lda.

**Desconto de 10%** em medicamentos, produtos de dermatologia, cosmética e ortopedia para sócios da AOAL e familiares. **Desconto de 5%** em produtos sem margem comercial para sócios da AOAL e familiares.

### Farmácia Elvas Unip., Lda.

**Desconto de 5%** em medicamentos, produtos de dermatologia, cosmética e ortopedia para sócios da AOAL.

### Carla Cabeleireiros

**Desconto de 15%** sobre o preço de tabela em serviços de cabeleireiro e estética.

### Dupla Afinidade

**Desconto de 15% e 20%** sobre o preço de tabela em serviços de estética de rosto e corpo, respetivamente

### Medi Bayreuth

Desconto de 10% sobre o preço de tabela dos seus produtos de flebologia.

### Nutrícia – Advanced Medical Nutrition

A AOAL tem disponíveis na sua sede suplementos alimentares Nutrícia a preços particularmente vantajosos. Esta disponibiliza uma vasta gama de suplementos

alimentares, orais e para administração por sonda, específicas necessidades nutricionais do doente oncológico.

Os suplementos alimentares fornecem uma reserva extra de nutrientes que pode promover a redução da perda de peso e aumentar a taxa de tolerância à quimioterapia.

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

Da associação fazem parte alguns estatutos que contam em anexo no final do relatório, bem como outras informações importantes acerca desta.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Verificar anexos:

1. Estatutos da AOAL
2. Validação como IPSS
3. Plano de Atividades da AOAL
4. Corpos Sociais da AOAL
5. Recursos Humanos e Materiais
6. Balanço Social AOAL 2013
7. Ficha de sócio AOAL
8. Fotografias e outras informações relativas à AOAL

## DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO DE ESTÁGIO

Para uma melhor análise, observação e interpretação de todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio procedi à elaboração de umas grelhas síntese de observação, elaborada no início deste estágio, e construída através de alguns parâmetros que achei adequados para organizar e caracterizar as atividades e que podem constar na metodologia deste relatório, como a calendarização, neste caso a descrição do período durante o qual se realizou o estágio, o tipo de atividades, que foi classificado de acordo com o trabalho desenvolvido ao longo do estágio como, atividades administrativas, de divulgação, dinâmico-participativas e de observação e as atividades desenvolvidas. Refiro aqui que todas as atividades desenvolvidas e realizadas ao longo deste estágio foram influenciadas segundo a orientadora de estágio na AOAL, de forma a conseguir contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano e de forma a conseguir contribuir para o cumprimento do plano de atividades.

Seguidamente apresento as grelhas de observação acima referidas:

Tipo de Atividade	Datas de Ocorrência	Atividades
Observação	7 Jan.	-Conhecimento do Centro de Aconselhamento ao Doente Oncológico (CADO) da Associação Oncológica do Alentejo (AOAL);
		-Atividade de observação de uma Classe de Movimento - Programa "Mexa-se" <sup>5</sup> ;
	18 Fev.	-Atividade de observação a uma sessão de Fisioterapia Oncológica;

Grelha 1- Atividades de Observação. Fonte: elaboração própria.

<sup>5</sup> Anexo 10. Programa "Mexa-se".

Tipo de Atividades	Datas de Ocorrência	Atividades:
<p style="text-align: center;"><b>Participação</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>Grelha 2-Atividades de participação. Fonte: elaboração própria.</p> </div>	7 Jan.	<p>-Participação na Reunião Ordinária de Assembleia Geral da Associação Oncológica do Alentejo, para discussão e aprovação de Orçamento e Plano de Atividades para o ano de 2014, e desempenho das seguintes tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Leitura do Plano de Atividades para o ano de 2014;</li> <li>-Impressão e organização do Orçamento e do Plano de Atividades e distribuição pelos sócios presentes; colaboração na anotação dos assuntos discutidos em reunião, a constarem na ata;</li> <li>-Colaboração na redação da ata e alteração do Plano de Atividades, segundo orientações obtidas na reunião;</li> </ul>
	9 Jan./ 10 Jan./31 Mar.	-Campanha de sensibilização para a prevenção do Cancro Digestivo;
	10 Jan.	-Recolha de tampinhas na Escola Básica André de Resende em Évora; <sup>6</sup>
	13 Jan. /27 Jan./19 Fev./15 Mar./3 Abr./29 Abr./26 Mai.	-Contactos telefónicos com alguns doentes oncológicos, com objetivo de marcar um exame dermatológico oferecido pela associação numa caminhada realizada em 2012;
	12 Fev./12 Mar.	-Atividade dinâmico-participativa de Musicoterapia. <sup>7</sup> ;
	25 Fev./22 Mai.	-Participação na reunião sobre a instalação de equipamentos na sala de quimioterapia do hospital com os engenheiros do Hospital e da Philips-candidatura ao projeto, “Por um sorriso na quimioterapia”;
	8 Mai.	-Marcação de consultas de Psicologia com os doentes oncológicos;
	13 Mai.	-Observação e participação numa consulta de psicologia, efetuada pela orientação da doutora Soraia Miguéis <sup>8</sup> ;

<sup>6</sup> Anexo 12.Campanha “Tampinhas”.

<sup>7</sup> Anexo 16. Musicoterapia.

<sup>8</sup> Anexo 18.Consultas de Psicologia.

Tipos de Atividades	Datas de Ocorrência	Atividades
Divulgação	7 Jan.	-Envio de panfletos informativos sobre os fatores de risco/ações de prevenção do Cancro Digestivo para os Centros de Saúde da Região Alentejo; <sup>9</sup>
	8 Jan.	-Preparação de uma ação de sensibilização para o Cancro Digestivo na Escola Secundária Severim de Faria. (contribuição na elaboração de uma apresentação em formato PowerPoint sobre a mesma);
	9 Jan.	-Divulgação e apelação à página da associação via internet;
	10 Jan.	-Colocação das fotografias ilustrativas à campanha de sensibilização para a prevenção do Cancro Digestivo na página Facebook da associação. <sup>10</sup> ;
	15 Jan./16 Jan./17 Jan./ 20 Jan. /21 Jan./ 27 Jan./3 Mar./5 Mar./11 Mar./12 Mar./14 Mar./6 Mai.	-Desenvolvimento do panfleto alusivo aos Direitos Gerais dos doentes oncológicos;
	24 Jan/12 Fev.	-Realização de um folheto alusivo à Biblioteca AOAL <sup>11</sup> ;
	31 Jan./3 de Fev./10 Fev./11 Fev./2 Jun.	-Realização de um folheto alusivo aos serviços que a associação disponibiliza aos doentes oncológicos;
	26 Mar.	-Colocação de fotografias ilustrativas às sessões de musicoterapia na página da associação;
	28 Mar./1 Abril./ 6 Maio.	-Desenvolvimento de um panfleto sobre o Grupo de Apoio aos Doentes Ostomizados. <sup>12</sup> ;
	14 Maio.	-Divulgação de notícias sobre o Euromelanoma na rede social;

Grelha 3-Atividades de divulgação. Fonte: elaboração própria.

<sup>9</sup> Anexo 11. Panfletos enviados aos Centros de Saúde da Região Alentejo.

<sup>10</sup> Anexo 13. Fotografias ilustrativas à campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo na Escola Secundária Severim de Faria.

<sup>11</sup> Anexo 15. Biblioteca AOAL.

<sup>12</sup> Anexo 17. Panfleto. Doentes Ostomizados: doentes submetidos a uma **ostomia**; ostomia: procedimento cirúrgico que consiste na abertura de um órgão oco como, por exemplo, alguma parte do tubo digestivo, do aparelho respiratório, urinário, ou outro qualquer, podendo manter uma comunicação com o meio externo, através de uma fístula, por onde se pode conectar um tubo de inspeção ou manutenção.

Tipo de Atividades	Data de Ocorrência	Atividades
Administração	7 Jan.	-Leitura dos Estatutos da AOAL e exploração do sítio de internet da Associação, <a href="http://www.aolentejo.org">www.aolentejo.org</a> ;
		-Aquisição de conhecimentos e informações acerca dos suplementos alimentares “Nutricia”. <sup>13</sup> ;
	8 Jan/12 Fev.	-Colaboração na realização da candidatura à “Frota Solidária” do Montepio;
	9 Jan	-Recorte e dobra de alguns folhetos sobre o cancro digestivo a serem distribuídos aos alunos de uma turma da Escola Secundária Severim de Faria, escola onde a campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo iria ocorrer;
	13 Jan	-Resumo e síntese dos Direitos Gerais dos doentes oncológicos para construção de um panfleto informativo aos mesmos <sup>14</sup> ; realização de pesquisa bibliográfica que fundamente e oriente o projeto a ser desenvolvido;
	29 Jan	-Preparação e organização dos panfletos AOAL para serem enviados a mais centros de Saúde da Região Alentejo;
	13 Fev.	-Recolha das sinopses dos livros da biblioteca AOAL e recolha das imagens dos mesmos;
	14 Jan/27 Fev./6 Mar./11 Mar./18 Mar./10 Abri. 22 Abri./8 Mai./9 Mai./12 Mai./15 Mai./29 Mai.	-Organização e reposição do mostruário de suplementos alimentares “Nutricia”;
	22/23 Jan/3 Fev./12 Fev.	-Recolha de informações sobre livros alusivos aos doentes oncológicos para construção de um folheto referente à “Biblioteca AOAL”;
22/23 Jan/12 Fev./3 Mar./7 Abri.14 Maio	-Inserção dos dados de sócio em base de dados (excel);	

<sup>13</sup> Anexo 9. Suplementos Alimentares “Nutricia”.

<sup>14</sup> Anexo 14. Direitos Gerais dos Doentes Oncológicos.

22 Jan./ 23 Jan./14 Fev./17 Fev./18 Fev./24 Fev./24 Fev./3 Mar. /7 Mar./10 Mar./ 11 Mar./12 Mar./13 Mar./14 Mar./17 Mar./20 Mar./21 Mar./24 Mar./26 Mar./27 Mar./28 Mar./31 Mar./1 Abri./3 Abri./4 Abri./7 Abri/8 Abri /9 Abri/ 10 Abri./11 Abri./22 Abri./ 29 Abri./ 2 Mai./6 Mai./9 Mai./12 Mai./13 Mai./ 15 Mai./16 Mai./ 19 Mai./20 Mai./21 Mai./23 Mai./26 Mai./27 Mai./28 Mai./ 2 Jun.	-Venda de suplementos alimentares "Nutricia";
27Jan. /12 Fev./19 Fev./13 Mar./14 Mar.28 Mar./6 Mai./13 Mai.	-Associação de um doente oncológico à associação;
6 Fev./7 Fev./12 Fev.	-Pesquisa de leis associadas aos Direitos Gerais dos doentes oncológicos;
6/7 Fev./17 Fev./18 Fev./24 Fev./7 Mar/24 Mar/27 Mar./2 Abri./9 Abri/6 Mai./ 15 Mai./ 19 Mai./23 Mai./3 Jun.	-Inserção dos recibos referentes a 2013 e 2014 na base de dados (Excel);
12 Fev./14 Fev./17 Fev./18 Fev./24 Fev./7 Mar./ 12 Mar./18 Mar./20 Mar./21 Mar./26 Mar/31 Mar./2 Abri./4 Abri./ 8 Abri./9 Abri./10 Abri./22 Abri./ 29 Abri./ 2 Mai./6 Mai./13 Mai./21 Mai./29 Mai.	-Inserção de dados de faturas da nutrícia em base de dados (Excel.);
13 Fev.	-Criação de um suporte informático para a BB AOAL;
6 Fev./27 Fev.	-Pesquisa de vernizes para unhas danificadas após tratamentos de quimioterapia;
28 Fev./6 Mar	-Pesquisa sobre a Portugal Telecom;
28 Fev./6 Mar	-Realização de convocatórias para sócios AOAL, com objetivo de reunião de eleição de novos órgãos sociais;
3 Mar.	-Impressão das convocatórias dos sócios AOAL;
5 Mar.	-Pesquisa de artigos sobre o linfedema;

	7 Mar.	-Pesquisa sobre equipamentos de áudio destinados a utilizar em um dos serviços prestados pela associação: o <b>reiki</b> ; <sup>15</sup>
	7 Mar./13 Mar.	-Envio de emails sobre a consignação IRS;
	10 Mar.	-Construção de um PowerPoint alusivo aos Direitos Gerais dos doentes oncológicos;
	18 Mar.	-Organização e impressão de documentos para reunião de assembleia;
	20 Mar.	-Realização de gráficos ilustrativos à venda de suplementos alimentares nutricia;
	21 Mar./24 Mar.	-Colaboração na redação da ata da reunião de assembleia e alteração do Plano de Atividades, segundo orientações obtidas na reunião;
	3 Abri.	-Realização de um inventário de suplementos alimentares "Nutricia" existentes até ao momento na associação;
	9 Abri.	-Atualização de quotas de sócios em base de dados;
	11 Abri.	-Pesquisa sobre a <b>SOROPTIMIST INTERNATIONAL</b> ;
	8 Mai./9 Mai./ 12 Mai./ 14 Mai./ 15 Mai./ 16 Mai./ 19 Mai./20 Mai./ 21Mai./22 Mai./27 Mai./28 Mai.	-Envio de convocatórias acerca da II Gala de Solidariedade organizada pela Lenicare a realizar no dia 15 de Maio de 2014 no Cine Teatro Pax Júlia, Beja e organização de documentos alusivos à mesma;
	12 Mai.	-Arrumação de tampinhas;

---

<sup>15</sup> **Reiki**: é uma prática espiritual enquadrada no vitalismo, criada em 1922 pelo monge budista japonês Mikao Usui. Tem por base a crença na existência da energia vital universal "Ki" (a versão japonesa do conceito chinês "Qi" (ou "Chi"), manipulável através da imposição de mãos. (Fonte: www.wikipedia.org).

	14 Mai.	-Pesquisa de notícias sobre o <b>Euromelanoma</b> <sup>16</sup> ;
	20 Mai.	-Levantamento e registo dos corpos sociais da AOAL;
	3 Jun./ 4 Jun./5 Jun.	-Pesquisa sobre o Dia Internacional do Cancro da Próstata;
<b>Informações complementares</b> <sup>17</sup>		

Grelha 4- Atividades de administração. Fonte: elaboração própria.

<sup>16</sup> Euromelanoma: campanha pan-europeia para a prevenção do Cancro da Pele.

<sup>17</sup>

- Os dias 20 e 21 de Fevereiro foram dedicados à realização do relatório, limitando-se o estagiário apenas a uma atividade de observação, e organização do espaço físico da entidade recetora;
- Os dias correspondentes entre 11 e 21 corresponderam ao período de férias de Pascoa;
- Os dias correspondentes entre 23 e 28 abril, e 5 e 7 de Maio corresponderam a dias em que a orientadora de estágio na AOAL realizou uma formação do IEF e não pôde estar presente, logo nestes dias não houve estágio, mas a estagiária ficou sujeita a realização de trabalho em casa destinado pela orientadora, como é o caso da realização de algumas pesquisas sobre determinadas temáticas;
- Do dia 6 de Junho até dia 13 não decorreu estágio, pois a orientadora tirou os dias de Férias. Por consequente, os dias correspondentes entre 9 e 23 de Junho foram dias em que a estagiária se dedicou apenas ao desenvolvimento do relatório do estágio, sendo assim algo bastante útil que contribuiu para a conclusão do mesmo;
- Os dias correspondentes entre 24 de Junho e 7 de Julho foram dias em que o estagiário procedeu à análise documental na AOAL e desenvolvimento do relatório de estágio.

## **ATIVIDADES DE OBSERVAÇÃO**

- **Conhecimento do Centro de Aconselhamento ao Doente Oncológico (CADO) da Associação Oncológica do Alentejo;**

Esta foi a primeira atividade realizada no primeiro dia de estágio, e consistiu numa pequena visita ao local em que iria ser desenvolvido o Estágio, e também, conhecimento dos Serviços de Oncologia e Radioterapia do Hospital do Espírito Santo de Évora, bem como a equipa de profissionais dos mesmos.

**Objetivo:** Integração no local de estágio;

**Utilidade para o estágio:** o conhecimento do local de estágio contribuiu para o bom acolhimento, e integração do estagiário, bem como o melhor conhecimento do contexto de trabalho e equipa de profissionais dos mesmos.

- **Atividade de observação a uma Classe de Movimento-Programa “Mexe-se”;**

Esta atividade consistiu na observação de uma sessão de classes de movimento, coordenada pela orientadora, Carla Correia, numa sala especializada para este tipo de atividades.

**Objetivo:** conhecimento de uma das atividades que a AOAL realiza com os doentes oncológicos, em fase de tratamento de radioterapia, com vista à promoção da sua qualidade de vida e bem-estar;

**Utilidade para o estágio:** a observação ao programa “Mexe-se”, possibilitou-me conhecer, uma das ações ou mecanismos, que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, assim como contribuiu para a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes.

- **Atividade de observação a uma sessão de Fisioterapia Oncológica;**

Esta atividade consistiu na observação a uma sessão de Fisioterapia Oncológica a uma doente oncológica (por si autorizada), orientada pela fisioterapeuta Carla Correia.

**Objetivo:** conhecimento e observação de uma das iniciativas/serviços prestados pela associação aos doentes oncológicos com vista a promover a sua qualidade de vida e bem-estar;

**Utilidade para o estágio:** a referida atividade de observação, permitiu mais uma vez o conhecimento de outra das ações ou mecanismos, que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, neste caso a fisioterapia oncológica, disponibilizada por esta aos seus doentes. Neste âmbito a Fisioterapia Oncológica tem um papel muito importante no tratamento de alguns efeitos secundários frutos da própria doença ou do tratamento dos doentes, sendo o seu objetivo assim a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos doentes ou sobreviventes de cancro. O fisioterapeuta trabalha assim com vista à recuperação precoce da funcionalidade do doente oncológico, diminuindo assim a sua incapacidade para a participação na vida social e laboral. Esta atividade também proporcionou mais uma vez a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes.

## **ACTIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO**

- **Participação na Reunião Ordinária de Assembleia Geral da Associação Oncológica do Alentejo, para discussão e aprovação de Orçamento e Plano de Atividades para o ano de 2014, e desempenho das seguintes tarefas:**

-Leitura do Plano de Atividades para o ano de 2014;

-Impressão e organização do orçamento e do plano de Atividades e distribuição pelos sócios presentes;

-Colaboração na anotação dos assuntos discutidos em reunião, a constarem na ata;

-Colaboração na redação da ata e alteração do plano de Atividades, segundo orientações obtidas na reunião.

**Objetivo:** a atividade acima mencionada teve como objetivo o conhecimento da forma de funcionamento de uma Instituição Particular de Solidariedade Social e sendo atividade que faz parte do plano de atividade do ano de 2014, adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano;

**Utilidade para o estágio:** a realização da presente atividade contribuiu, para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o ano de 2014 e por outro lado o desenvolvimento capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia.

- **Campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo - Escola Severim de Faria; Escola Básica de S. Clara, Évora.**

Esta atividade consistiu na participação numa campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo na Escola Secundária Severim de Faria e Escola Básica de S. Clara em Évora. Esta campanha pelas escolas consistiu numa pequena abordagem ao cancro digestivo realizada em formato PowerPoint e apresentada pela orientadora aos alunos. Desta forma limitei-me inicialmente a ouvir esta apresentação e depois juntamente com ela colaborei na distribuição de alguns folhetos ilustrativos ao cancro pelos alunos da turma.

**Objetivo:** participação em ações de sensibilização e prevenção das variadas tipologias de cancro junto da população, neste caso os mais jovens, recorrendo à utilização de tecnologia e flyers ilustrativos ao cancro digestivo e contribuir para a promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos;

Estas campanhas de sensibilização são uma mais-valia para os jovens, pois é preocupante o nº de pessoas que hoje por dia morrem com cancro. (11 pessoas por dia em Portugal). Esta iniciativa previne e sensibiliza os jovens para a importância de se adotarem determinadas medidas preventivas para a prevenção do cancro.

**Utilidade para o estágio:**

A realização da atividade supracitada foi útil na medida em que contribuiu para o conhecimento de uma das ações ou mecanismos, que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, neste caso a promoção de ações informativas, dirigidas principalmente ao público mais jovem; a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes; a adequação do desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação e autonomia.

- **Recolha de tampinhas na Escola Básica André de Resende em Évora;**

Esta atividade consistiu na recolha de tampinhas na Escola Básica André de Resende em Évora, e é uma das campanhas que a AOAL desenvolve no sentido de conseguir ajudar os doentes. Estas tampas são acolhidas por uma empresa, (RESIALENTEJO) em troca de uma pequena contribuição (ex.: aparelhos médicos) para a associação.

**Objetivo:** criar um fundo que permita, no futuro apoiar os doentes oncológicos, sem capacidade financeira, e adquirir os materiais médicos de que necessitam; despertar o interesse das crianças e jovens para as causas sociais, com incentivo nas escolas da Região Alentejo;

**Utilidade para o estágio:** a realização da atividade supracitada foi útil na medida em que contribuiu para o conhecimento de uma das ações ou mecanismos, que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, neste caso a criação de um fundo que permita futuramente apoiar os doentes oncológicos, sem capacidade financeira; a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes e por fim contribuiu para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano.

- **Contactos telefónicos com alguns doentes oncológicos, com objetivo de marcar um exame dermatológico oferecido pela associação numa caminhada realizada em 2012;**

Esta atividade consistiu na marcação de consultas de dermatologia aos doentes oncológicos que participaram numa caminhada realizada pela AOAL em 2012, via telefone. Inicialmente a limitei-me a ver os procedimentos da orientadora e a ouvir as suas explicações para realizar a atividade e posteriormente no decorrer do estágio a atividade já era feita individualmente por mim.

**Objetivo:** divulgação dos serviços e iniciativas da associação; apelar os doentes oncológicos a participar num exame dermatológico oferecido numa caminhada organizada pela associação em 2012, com objetivo de alertar a população para a necessidade de prevenir e detetar precocemente o cancro de pele;

**Utilidade para o estágio:**

As atividades acima descritas foram úteis na medida em que contribuíram para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; o contacto direto com o doente oncológico e a realidade por si

vivida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano e contribuíram para o cumprimento dos objetivos da AOAL.

- **Atividade dinâmico-participativa numa sessão de musicoterapia;**

Esta atividade consistiu na observação e participação numa sessão de musicoterapia orientada pela Dra. Soraia Miguéis, psicóloga da AOAL. Esta atividade possibilitou-me estar em contacto com os doentes oncológicos e conhece-los melhor, tendo assim como:

**Objetivo:** conhecimento, observação e participação numa das iniciativas prestadas pela associação aos doentes oncológicos com vista a promover a sua qualidade de vida e bem-estar, neste caso a musicoterapia; contribuir para a promoção de relações entre os diversos doentes e cuidadores/familiares; contribuir para o desenvolvimento da comunicação e partilha de experiências entre os mesmos;

**Utilidade para o estágio:** a participação na atividade de Musicoterapia foi muito relevante pois possibilitou-me o contacto direto com o doente oncológico, e o desenvolvimento da comunicação e partilha de experiências com os mesmos. Através da realização da atividade percebi o quanto era importante a participação destes doentes, pois ao ser um espaço de reflexão e relaxamento, possibilita-lhes uma comunicação mais aberta entre todos e a partilha de experiências de vida, ou mesmo o “desabafo” sobre a mesma realidade onde se encontram. Todos os doentes mostraram, apesar de passarem momentos difíceis, expressões de alívio, motivação, bem-estar e algum contentamento ao realizarem a atividade, atividade esta que possibilitou por momentos esquecer um pouco o seu sofrimento. A Musicoterapia, enquanto iniciativa prestada pela associação ao doente oncológico, possibilitou também a compressão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que esta procura dar aos utentes através deste tipo de iniciativas.

- **Marcação de consultas de psicologia aos doentes oncológicos;**

Esta atividade consistiu na marcação de consultas de psicologia entre os doentes oncológicos e a Dra. Soraia Miguéis.

**Objetivo:** a atividade contribuiu para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano e para o desenvolvimento da prática profissional adequada ao funcionamento de todos os objetivos da AOAL;

**Utilidade para o estágio:** a atividade realizada foi útil na medida em que contribuiu para adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano. Por outro lado, o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia.

- **Observação e participação numa consulta de psicologia, efetuada pela orientação da doutora Soraia Miguéis;**

Esta atividade consistiu na participação em uma das consultas de psicologia efetuada pela Dra. Soraia na AOAL, na medida em que me foi permitido por ela e pelos doentes.

**Objetivo:** conhecimento, observação e participação numa das iniciativas prestadas pela associação aos doentes oncológicos com vista a promover a sua qualidade de vida e bem-estar; o contacto direto com os doentes oncológicos;

**Utilidade para o estágio:** a atividade possibilitou-me conhecer e perceber como funciona esta iniciativa prestada pela AOAL aos doentes, posicionando-me em contacto direto com os doentes oncológicos; conhecer melhor as características destes doentes e assim a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes.

#### **ACTIVIDADE DE DIVULGAÇÃO**

- **Envio de panfletos informativos sobre os fatores de risco/ações de prevenção do Cancro Digestivo para os Centros de Saúde da Região Alentejo** com respetiva:
  - Elaboração de carta dirigida aos diretores dos Centros de Saúde da Região Alentejo, com o propósito de solicitar o apoio na distribuição dos folhetos supra referidos;
  - Pesquisa das moradas dos Centros de Saúde através da internet;
  - Distribuição dos folhetos por caixas de correio verde e entrega dos mesmos na Estação de Correios;
- **Colaboração na preparação de uma ação de sensibilização para o Cancro Digestivo na Escola Secundária Severim de Faria;**

Esta atividade consistiu na elaboração de uma apresentação em formato PowerPoint sobre a mesma.

As atividades acima referidas tiveram como objetivos:

**Objetivos:** contribuir para a promoção de dinâmicas e ações informativas dirigidas a públicos estratégicos, como os utentes dos centros de saúde, e o público mais jovem com intuito de sensibilizá-los da importância da prevenção e deteção precoce do Cancro Digestivo; o desenvolvimento de competências de reflexão e investigação e contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano;

**Utilidade para o estágio:** a realização das presentes atividades contribuiu para a adequação do desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes e por fim o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia, desenvolvimento de competências de reflexão e investigação sobre a temática em causa.

- **Divulgação e apelação à página da associação via Internet; colocação de fotografias ilustrativas à campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo na página Facebook da associação; colocação de fotografias ilustrativas às sessões de musicoterapia na página da associação; divulgação de notícias sobre o EUROMELANOMA na rede social;**

O desenvolvimento das atividades acima mencionadas teve como **objetivos:** a divulgação e a apelação da associação por via social, e também a promoção dos seus serviços e iniciativas, como é o caso da campanha de sensibilização do cancro digestivo, das sessões de musicoterapia e de algumas notícias relacionadas com o doente oncológico, como é o caso do EUROMELANOMA. Estas divulgações através de meio social apelam e alertam a um maior número de pessoas, para a importância de variadas situações ligadas ao doente oncológico, mostrando algum tipo de trabalho desenvolvido, por uma IPSS, como é o caso da AOAL. Por outro lado o desenvolvimento desta atividade contribuiu para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano;

### **Utilidade para o estágio:**

A realização das atividades acima mencionadas foi útil na medida em que, contribuiu para a adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação e autonomia; aquisição de saberes e conhecimentos teóricos acerca da problemática em caso, o EUROMANELOMA; o desenvolvimento de competências de reflexão e investigação e para a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes.

- **Desenvolvimento do panfleto alusivo aos direitos gerais dos doentes oncológicos; realização de um folheto alusivo à Biblioteca AOAL; realização de um folheto alusivo aos serviços que a associação disponibiliza aos doentes oncológicos; desenvolvimento de um panfleto sobre o Grupo de Apoio aos Doentes Ostomizados;**

A realização das atividades acima mencionadas mostra alguns projetos que desenvolvi na AOAL, segundo indicações da orientadora Carla Correia na AOAL, como o panfleto dos direitos gerais dos doentes oncológicos, o folheto da Biblioteca AOAL, o folheto relativo aos serviços da AOAL e um folheto informativo sobre o Grupo de Apoio aos Doentes ostomizados, tendo como principais **objetivos:** contribuir para a divulgação de informação; promover a divulgação dos direitos gerais dos doentes oncológicos; promover a divulgação dos serviços prestados pela associação, em prol de garantir o bem-estar e qualidade de vida dos seus utentes; informar os doentes acerca da existência da biblioteca AOAL, e da sua importância para a redução de alguns dos sintomas, dos tratamentos de quimioterapia através da leitura, disponibilizando aos doentes alguns livros, que poderão por estes ser requisitados; contribuir para a divulgação de informação sobre o Grupo de Ostomia, recentemente criado, com o intuito de apoiar o doente oncológico e seus familiares em fase de doença e por fim a aquisição de saberes e conhecimentos acerca das temáticas em causa;

### **Utilidade para o estágio:**

O desenvolvimento das atividades supracitadas foi útil na medida em que, contribuiu para a aquisição de saberes e conhecimentos teóricos acerca da problemática em

causa, neste caso os direitos gerais dos doentes oncológicos; alguns serviços dos quais os doentes oncológicos podem usufruir através da AOAL; informações sobre a Biblioteca AOAL e sobre o Grupo de Ostomia; o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; competências de reflexão e investigação; facultar ao estagiário a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano e a compressão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes.

### **ACTIVIDADES DE ADMINISTRAÇÃO**

- **Leitura dos Estatutos da AOAL e exploração do sítio de internet da associação, [www.aoalentejo.org](http://www.aoalentejo.org);**

Esta atividade foi realizada no primeiro dia de estágio na AOAL e teve como **objetivo**, o conhecimento inicial da missão, objetivos, atividades desenvolvidas pela mesma e integração no local de estágio.

**Utilidade para o estágio:** a realização desta atividade foi útil na medida em que, possibilitou o melhor conhecimento do contexto de trabalho, objetivos e finalidades da instituição.

- **Aquisição de conhecimentos e informações acerca dos suplementos alimentares “Nutricia”;**

Esta atividade consistiu na recolha de informações importantes acerca dos suplementos alimentares existentes na AOAL, com os quais mais tarde iria ter de lidar, segundo as indicações obtidas através da orientadora Carla Correia, tendo como principal **objetivo**, garantir a qualidade dos serviços prestados pela entidade recetora.

**Utilidade para o estágio:** o desenvolvimento da atividade anterior contribuiu para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano e adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano.

- **Colaboração na realização da candidatura à “Frota Solidária” do Montepio; organização e reposição do mostruário de suplementos alimentares “Nutricia”; inserção dos dados de sócio em base de dados**

**(Excel); venda de suplementos alimentares “Nutricia”; associação de um doente oncológico à associação; inserção dos recibos referentes a 2013 e 2014 na base de dados (Excel); inserção de dados de faturas da “Nutricia” em base de dados (Excel.); criação de um suporte informático para a BB AOAL; realização de gráficos ilustrativos á venda de suplementos alimentares “Nutricia”; realização de um inventário de suplementos alimentares “Nutricia” existentes até ao momento na associação; atualização de quotas de sócios em base de dados; arrumação de tampinhas; levantamento e registo dos corpos sociais da AOAL;**

A realização das atividades anteriormente referidas foi efetuada segundo orientações da orientadora Carla Correia, como é o caso da inserção dos dados de sócio em base de dados, a associação de doentes oncológicos à associação, inserção de recibos referentes a 2013/2014, inserção de dados de faturas da “Nutricia”, a criação de um suporte informático para a BB AOAL, e da atualização de quotas de sócio em bases de dados. Por outro lado a organização e reposição do mostruário dos suplementos alimentares, a venda destes e a realização de gráficos ilustrativos a estas, e a realização do inventário destes suplementos foi efetuada de acordo com os conhecimentos adquiridos através da orientadora Carla Correia no início do estágio. A realização da candidatura à “Frota Solidária” do Montepio para obtenção de uma viatura, e a arrumação de tampinhas foi efetuada conjuntamente com a orientadora de estágio e o levantamento e registo dos corpos sociais da AOAL foi feito segundo indicações e informações obtidas na participação da reunião efetuada no início do estágio.

Todas estas atividades tiveram como principais **objetivos:**

- Contribuir para o bom funcionamento, desenvolvimento e organização da entidade recetora;
- Contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano;
- Contribuir para o bom funcionamento do ambiente de trabalho e garantir a qualidade dos serviços prestados pela entidade recetora;
- Desenvolvimento da prática profissional adequada ao funcionamento de todos os objetivos da AOAL;

**Utilidade para o estágio:**

As atividades acima descritas foram úteis na medida em que contribuíram para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto

laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; contribuíram para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano e o melhor conhecimento do funcionamento interno desta.

- **Recorte e dobra de alguns folhetos sobre o cancro digestivo a serem distribuídos aos alunos de uma turma da Escola Secundária Severim de Faria onde a qual a campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo iria ocorrer; preparação e organização dos panfletos AOAL para serem enviados a mais centros de Saúde da Região Alentejo;**

O desenvolvimento das atividades supracitadas teve como **objetivos**, contribuir para o desenvolvimento da campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo, contribuir para a promoção de dinâmicas e ações informáticas acerca do cancro digestivo, como é o caso dos panfletos a serem enviados aos centros de Saúde do Alentejo, e assim contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano.

#### **Utilidade para o estágio:**

O desenvolvimento das atividades supracitadas foi útil na medida em que contribuiu para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; permitiu facultar ao estagiário a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; contribuiu para a promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos, e compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes.

- **Resumo e síntese dos direitos gerais dos doentes oncológicos; realização de pesquisa bibliográfica que fundamente e oriente o projeto a ser desenvolvido; pesquisa de leis associadas aos direitos gerais dos doentes oncológicos; construção de um PowerPoint alusivo aos direitos gerais dos doentes oncológicos;**

O desenvolvimento das atividades acima referidas teve como principal **objetivo** contribuir para o desenvolvimento do panfleto dos direitos gerais dos doentes oncológicos. Por outro lado o desenvolvimento de competências de reflexão, de investigação; a aquisição de saberes e conhecimento teóricos e contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano.

**Utilidade para o estágio:** o desenvolvimento das atividades supracitadas foi útil na medida em que contribuiu para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; permitiu facultar ao estagiário a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; contribuiu para a promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos, e para a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes.

- **Recolha das sinopses dos livros da biblioteca AOAL e recolha das imagens dos mesmos; recolha de informações sobre livros alusivos aos doentes oncológicos;**

O desenvolvimento das atividades acima referidas teve como principal **objetivo** contribuir para o desenvolvimento do folheto alusivo à Biblioteca AOAL. Por outro lado o desenvolvimento de competências de reflexão, de investigação; a aquisição de saberes e conhecimento teóricos e contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano.

**Utilidade para o estágio:** o desenvolvimento das atividades supracitadas foi útil na medida em que contribuiu para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; permitiu facultar ao estagiário a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano; contribuiu para a promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos, e para a compressão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a associação procura dar aos utentes.

- **Pesquisa de vernizes para unhas danificadas após tratamentos de quimioterapia; pesquisa sobre a Portugal Telecom; pesquisa de artigos sobre o linfedema; pesquisa sobre equipamentos de áudio destinados a utilizar em um dos serviços prestados pela associação: o reiki; pesquisa sobre a SOROPTIMIST INTERNATIONAL; pesquisa de notícias sobre o Euromelanoma; pesquisa sobre o Dia Internacional do Cancro da Próstata;**

As presentes atividades foram realizadas a pedido da orientadora da AOAL, com principal objetivo contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL e também o desenvolvimento da prática profissional adequada ao funcionamento de todos os objetivos da AOAL.

#### **Utilidade para o estágio:**

As atividades acima descritas foram úteis na medida em que contribuíram para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano e contribuir para o cumprimento dos objetivos da AOAL.

- **Realização de convocatórias para sócios AOAL, com objetivo de reunião de eleição de novos órgãos sociais e impressão das mesmas; organização e impressão de documentos para a reunião de assembleia; colaboração na redação da ata da reunião de assembleia e alteração do plano de atividades, segundo orientações obtidas na reunião;**

A realização das atividades anteriores contribuiu para a divulgação de informação acerca de uma reunião de assembleia, que tinha como **objetivo** a eleição dos novos corpos sociais da associação para o ano de 2014. Esta informação foi divulgada aos sócios e não sócios desta associação através de convocatórias que foram enviadas via email e carta. Após a realização desta reunião, e de acordo com as indicações procedi à elaboração da ata da reunião e também à realização de algumas alterações ao plano de atividades da AOAL.

**Utilidade para o estágio:**

As atividades acima descritas foram úteis na medida em que contribuíram para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; contribuíram para a promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano e contribuíram para o cumprimento dos objetivos da AOAL.

- **Envio de emails sobre a consignação IRS; envio de convocatórias acerca da II Gala de Solidariedade organizada pela Lenicare a realizar no dia 15 de Maio de 2014 no Cine Teatro Pax Júlia, Beja e organização de documentos alusivos à mesma;**

A realização das atividades anteriores contribuiu por um lado para a divulgação de informação acerca da consignação IRS e por outro lado para a divulgação de informação acerca da II Gala de Solidariedade organizada pela Lenicare.

**Utilidade para o estágio:**

As atividades acima descritas foram úteis na medida em que contribuíram para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia; a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida; contribuíram para a promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos; adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela associação para o presente ano e contribuíram para o cumprimento dos objetivos da AOAL.

## CAP.III. METODOLOGIA

**Freire** (1993, p.18) conceptualiza a sociologia das organizações como a disciplina que se propõe estudar “os fenômenos sociais e culturais inerentes a qualquer tipo de organização com um mínimo de estabilidade, formalidade e dimensão e, assim, abordar temas como os da burocratização das organizações, das suas disfuncionalidades, dos circuitos de informação, do poder e dos processos de tomada de decisões, etc.” A área de RH é considerada um campo de jogo, onde se desenvolve um embate constante entre os profissionais da área e os demais trabalhadores. Para **Bourdieu** (1979, 1983, 1998, 2001) um campo pode ser comparado a um mercado, em que os agentes se comportam como negociadores de seus capitais de atuação. Assim, [...] efetivamente, um campo pode -se conceber como um mercado com produtores, indivíduos dotados de capitais específicos cos, que se enfrentam e consumidores de bens. A razão dessas lutas é a acumulação da forma de capital que garante a dominação do campo. O capital aparece então, ao mesmo tempo, como meio e como fim. A estrutura do campo, num dado momento da história, mostra a relação de forças entre os agentes. Nesse sentido, o campo é um espaço de forças opostas. (Bonnewitz, 2003, p.63-64).

O estudo da gestão de recursos humanos na área da saúde lembra que pesquisas qualitativas de carácter descritivo são adequadas. Segundo Neves (1996), estas são essenciais quando se pretende compreender um fenómeno complexo em sua totalidade. O mesmo autor também salienta que mesmo os estudos qualitativos sendo desenvolvidos normalmente no local onde os dados se encontram o pesquisador deve se preocupar em empregar a lógica do empirismo científico. O método qualitativo apresenta como característica o reconhecimento por parte do investigador da existência de um grau de subjetividade na relação sujeito/objeto. De acordo com Fortin (1999, p.148) o sujeito produtor de conhecimento está, enquanto ser humano, ligado ao seu objeto e ao objeto, igualmente um sujeito humano, é dotado de um saber e de uma experiência que se lhe reconhece. Permite ainda que o investigador veja os fenômenos na sua globalidade, de uma forma holística, tentando compreender as perspectivas daqueles que vão estudar. Já Belo (1999, p.4) diz que a pesquisa qualitativa se interessa em compreender a conduta humana a partir dos pontos de vista daquele que atua, ou seja há uma maior preocupação com o processo de investigação do que unicamente pelos resultados.

Os métodos qualitativos incluem uma série de técnicas e abordagens para descrever e compreender os fenômenos sociais. Em contraste com os métodos quantitativos, os métodos qualitativos evitam debruçar-se sobre a estrutura e contabilização exata,

preferindo abordagens mais abertas para examinar, analisar e interpretar comportamentos e fenómenos. Estes métodos podem ser úteis para compreender o contexto em que as políticas ou intervenções são introduzidas, antecipar reações e impactos comportamentais, identificar problemas de implementação e mostrar como a política é vista e compreendida pelas diversas intervenientes. “O foco da investigação qualitativa é a compreensão mais profunda dos problemas, é investigar o que está ‘por trás’ de certos comportamentos, atitudes ou convicções.” (Fernandes, 1991, p. 3).

Minayo et al. (1999) afirma que o objeto das Ciências Sociais é, essencialmente, qualitativo, devido ao próprio dinamismo da realidade social. Assim, uma vez que pretendo, descrever, interpretar, examinar e avaliar as práticas de RH trata-se neste caso de ao longo de todo o trabalho, desde a proposta de estágio até à conclusão do mesmo, de uma abordagem qualitativa por ser aquela que me iria fornecer maior quantidade de informações fundamentais de compreensão do fenómeno em estudo, levando a uma interpretação e análise mais pormenorizada do mesmo.

Em termos gerais a escolha do método qualitativo em todo o trabalho desenvolvido prende-se com o facto deste método, segundo Belo (1999, p.5):

- Tentar compreender um determinado fenómeno na sua totalidade, não focalizando conceitos específicos;
- Possuir poucas ideias pré-concebidas e salienta a importância das interpretações dos eventos e circunstâncias pelas pessoas, mais do que a interpretação do pesquisador;
- Não tentar controlar o contexto da pesquisa mas sim captar o contexto na sua totalidade;
- Analisar as informações narradas de uma forma organizada e intuitiva.

A escolha desta abordagem deveu-se ainda ao facto de pretender aprofundar conhecimentos detalhados sobre a perspectiva dos participantes na situação (familiares de doentes oncológicos em fim de vida).

***Esta abordagem qualitativa como se poderá verificar ao longo de todo o trabalho desenvolvido irá ter por base uma observação direta e participante, análise documental e pesquisa bibliográfica,*** através do qual procedi à recolha de informação pertinente, de forma a dar respostas à problemática colocada e contribuir para o cumprimento de todos os objetivos do meu projeto.

A hipótese de realização deste estágio surgiu a partir de um pequeno projeto de apenas 5 páginas que consistia neste caso numa proposta de estágio elaborada na unidade curricular, “Seminário Investigação”, do 3º Semestre e portanto 2º ano do Mestrado em Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável na Universidade de Évora, a título de conclusão do mesmo. Proposta que se foi desenvolvendo a partir das aulas de mestrado em sociologia, iniciadas em Setembro com os docentes, José Saragoça e Carlos Silva.

Através da unidade curricular, “Seminário de Investigação”, os docentes, conduziram-nos à ideia daquilo que seria um projeto de investigação, questionando-nos sobre as possíveis ideias que já tínhamos sobre o projeto que iríamos ter de desenvolver. Os docentes fizeram referência a muitos aspetos importantes que deveríamos ter em conta, desde a conceção do projeto, delimitando o seu problema, objeto de estudo, objetivos, metodologia, pesquisa interpretativa e estudos descritivos, referências bibliográficas, entre outros.. até à concretização do mesmo, apresentando-nos um *formulário que consistia numa proposta de dissertação/ estágio/ trabalho de projeto/ relatório profissional que tínhamos de preencher respetivamente , que consistia naquilo que seria o nosso plano do projeto, e que teria de ser entregue nos Serviços Académicos até 15 de Novembro de 2013.*

No início das nossas aulas, foi-nos solicitado que levássemos algum material que sustentasse as nossas ideias sobre os projetos. Desta forma todas as semanas alguém levava para a aulas suporte sobre os seus projetos, que iria ser exposto ou apresentado aos colegas, e ao qual os professores iriam no final dar o seu feedback.

Inicialmente foi um pouco complicado pois alguns ainda não tinham ideia do que queriam fazer, e outros até tinham, mas nada estava bem delimitado e definido. Mas foi com a ajuda dos professores, que conseguimos definir as nossas ideias e chegar a alguma conclusão.

*Nesta fase um aspeto essencial e importante seria conseguirmos arranjar alguém que nos ajudasse e orienta-se os nossos projetos, neste caso, um orientador(a).* Foi então que cada um com os conhecimentos que tinha, e de acordo com o seu projeto escolheu um orientador adequado e especializado na temática do projeto a desenvolver. No meu caso a professora Maria Manuel Serrano, foi a pessoa mais indicada que achei para ser minha orientadora, pois é especializada na área de recursos humanos, área em que iria incidir o meu projeto. Numa conversa com a professora, esta demonstrou-se desde logo disponível para me acompanhar em todo o processo.

Numa das primeiras aulas, foi-me solicitado pelos professores para levar algum material, neste caso sobre o estágio e sobre o seu âmbito de incidência, - os recursos

humanos. A minha proposta inicial de tema era, “ a gestão estratégica em organizações sociais: os recursos humanos como principais agentes impulsionadores de desenvolvimento”, não sendo nada definitivo e consolidado, mas com ideia de fazer o estágio na Tyco, localizada na zona industrial de Évora. Após ouvir o feedback dos professores, acerca do mesmo, estes propuseram que fizesse um trabalho de pesquisa e reflexão, sobre “qual seria o papel do sociólogo na área de recursos humanos”.

Após novo feedback dos professores, resolvi alterar o tema da minha proposta de estágio, fazendo novamente trabalhos de pesquisa. Em outra das aulas, expus o que me foi solicitado pelos professores, mas ainda com a dúvida e incerteza do que pretendia fazer. Uma vez que apenas tinha ideia de fazer o estágio na Tyco, após ter realizado várias pesquisas e ter falado com algumas pessoas, deparei-me com algo que me interessava bastante, “O desenvolvimento e qualificação profissional dos recursos humanos”, que mais tarde tentei aplicar relativamente a outras organizações, como Fundação Alentejo, Embraer, Hospital Espírito Santo, DREA, CDI e Escola dos Salesianos. Esta temática, uma vez respeitante a um âmbito empresarial, inicialmente tinha como problema, “Que fatores se devem considerar no processo de recrutamento e seleção de uma empresa a fim de aumentar a eficácia do processo?”. A resposta da Tyco perante a realização do estágio foi negativa, e desta forma, e mantendo o mesmo tema tive de pensar em outras organizações onde pudesse realizar o estágio, alterando assim o problema e os objetivos da temática. Assim recorri às organizações já referidas anteriormente com o problema, “Numa organização como a.... que fatores devemos considerar importantes no desenvolvimento e qualificação profissional dos recursos humanos, de modo, a que o sucesso destes seja também o da própria organização”, querendo sempre avaliar e verificar as práticas de recrutamento e seleção e de formação da organização, pois eram aquelas que estavam mais diretamente relacionadas com o desenvolvimento e qualificação de recursos humanos. Desta forma tinha como objetivo geral, avaliar as metodologias de recrutamento, seleção e formação da organização e como objetivos específicos, aprofundar conhecimentos sobre as organizações e avaliar a importância estratégica e práticas de desenvolvimento de recursos humanos.

As respostas destas organizações foram sempre negativas, até que resolvi falar com a orientadora, para ver se me ajudava. A ela apresentei a minha proposta de estágio com o tema, o problema, os objetivos, a metodologia, algum enquadramento teórico e bibliografia.

Durante esta fase inicial do projeto deparei-me com algumas dificuldades e obstáculos, cujos quais tentei sempre dar resposta e encontrar soluções para os

resolver e superar. Logo inicialmente a minha maior dificuldade, foi a escolha do tema, pois apenas me interessava trabalhar na área de recursos humanos, mas não sabia ao certo no quê e como. Desta forma realizei muitas pesquisas na internet e também consultei alguns livros que me ajudassem na escolha do tema. Foi bastante complicado, pois escolhi muitos temas diferentes, e depois de ter o tema definitivo, acabava sempre por o alterar, tornando-se também difícil e indefinida desta forma a definição de objetivos e metodologia a utilizar.

Assim à medida que ia tendo um tema definido, dirigia-me a uma associação para apresentar o projeto. Aqui também foram sempre surgindo muitas dificuldades, relativamente ao tempo de resposta, e resposta das associações face ao estágio. O primeiro aspeto que posso aqui referir foi o facto de a Tayco me ter rejeitado a hipótese do estágio, devido ao facto da experiência anterior de um aluno ter causado problemas. Foi a partir daqui, que tudo se complicou, pois tinha pensado num determinado âmbito de trabalho, neste caso empresa e tive que alterar todo o plano/proposta de trabalho para outro tipo de âmbito. Desta maneira pensei recorrer à DREA e ao Hospital Espírito Santo. Relativamente à DREA era necessário mandar um email à diretora a explicar a situação e pedir entrevista com esta. Assim procedi mas não obtive qualquer resposta da parte desta. O mesmo se passou com o Hospital. Alterei novamente todo o meu plano de trabalho e depois mandei uma carta por email ao diretor a explicar também a situação, e deixei no hospital também o meu currículo, mas até hoje não obtive qualquer resposta. Como não estava obter resposta e o tempo estava a passar decidi novamente alterar o plano do projeto e apresenta-lo à Embraer. Relativamente a esta, dirigi-me lá e pedi para falar com alguém dos recursos humanos, mas a resposta que também obtive foi que tinha de fazer uma carta a pedir para falar com alguém responsável, a marcar um dia e a explicar a situação, deixando lá apenas o currículo.

Assim procedi e cerca de duas semanas depois obtive a resposta da Embraer por email, e esta foi negativa.

Seguidamente pensei em outra instituição, a Fundação Alentejo, alterando outra vez o plano do trabalho. Neste caso, consegui falar pessoalmente um dia com a diretora. Apresentei-lhe assim o plano e currículo, e esta referiu-me que seria interessante ter alguém a estagiar da área de sociologia, mas que de momento era impossível, porque não havia disponibilidade de alguém para me acompanhar. As minhas alternativas estavam a ficar muito escassas, mas entretanto ainda quis tentar na CDI e na Escola dos Salesianos. Adequeei novamente o meu plano à CDI, mas sem grande sucesso. No próprio dia em que me dirigi à associação referiram-me que não aceitavam estágios. Por fim a última hipótese em que tinha pensado era a escola dos Salesianos. Assim fiz

novas alterações e dirigi-me à escola para falar com a diretora. Na altura a diretora não estava, e foi-me pedido para mandar um email, a solicitar a marcação de um dia para falar com ela. Entretanto não cheguei a mandar o email, pois ao falar com a professora Maria Serrano, esta disse-me que conhecia a diretora da AOAL, e que iria falar com ela, sobre o estágio. Um tempo depois a professora disse-me que já tinha conseguido falar com ela, e que a resposta era à partida positiva.

Relativamente à metodologia utilizada nesta etapa utilizei algumas técnicas que achei mais importantes e convenientes que me pudessem ajudar a recolher todas as informações necessárias para dar início ao projeto. As principais técnicas utilizadas aqui foram, a ***análise documental e a pesquisa bibliográfica***.

## A ANÁLISE DOCUMENTAL

Relativamente à **análise documental** esta foi uma técnica que me permitiu recolher bastante informação com base em muitos livros e documentos sobre a respetiva temática.

Segundo Oliveira (2007), os documentos são registos escritos que proporcionam informações em prol da compreensão dos factos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois se constituem em manifestações registadas de aspetos da vida social de determinado grupo.

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos factos em determinados momentos (Moreira, 2005). A análise documental também pode ser vista como um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação. Isto é, o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso (Iglesias & Gomez, 2004). Assim, esta técnica é considerada como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original, facilitando sua consulta e referência, ou seja, tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (Bardin, 1997).

De acordo com estas definições, a análise documental pode ser vista perante duas perspetivas, a investigação baseada em documentos (**método**) e a de um conjunto de procedimentos configurando um processo de intervenção sobre o material (**técnica**),

podendo ser **qualitativa**, (verifica o conteúdo do material selecionado para análise) e **quantitativa** (é utilizada caso a finalidade seja reunir quantidades de informação em contextos essenciais para a análise.) A primeira perspetiva da análise documental apreende os documentos como base para o desenvolvimento de estudos e pesquisas cujos objetivos advêm do interesse do pesquisador, podendo também ser percebida como uma investigação relacionada à pesquisa histórica, uma vez que busca a reconstrução crítica dos dados passados no intuito de obter indícios para projeções futuras (Pimentel, 2001; Raimundo, 2006). Por outro lado encerra um ou uma série de procedimentos de modificação e transformação do material – dados do documento –, visando um determinado objetivo, geralmente relacionado à facilitação da compreensão e uso de tais uma visão detalhada da realidade (Queiroz et al., 2007). O objetivo da análise documental é assim, identificar em documentos primários, informações que sirvam de subsídio, para responder a uma questão de pesquisa. São fontes naturais de informação, não são apenas uma fonte contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse contexto (Ludke, & André, 1996, pag.39). Esta técnica tem como principais finalidades, caracterizar o objeto de estudo e do sistema em causa; colocar o pesquisador em contacto direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, permitindo o reforço paralelo na análise das suas pesquisas ou manipulação de informações. Uma vez que uma das metodologias aqui utilizadas foi a análise documental, dividi esta em duas etapas, em que a primeira diz respeito a uma recolha de documentos e a segunda a uma análise de conteúdo.

### **1. Recolha de documentos**

#### Localização de documentos:

A localização dos documentos pode ser muito variada e é a própria natureza do estudo que orienta o investigador para a escolha das fontes, como INE, bibliotecas, arquivos e bancos de dados, jornais de escola, arquivos públicos, museus, etc.

Neste caso, para a minha recolha de dados, utilizei um conjunto variado de livros sobre o tema em causa, requisitados na biblioteca pública de Évora, durante o tempo que achei necessário.

#### Natureza dos dados documentais:

Quanto à natureza dos documentos estes podem ser classificados em fontes primárias ou secundárias.

**-Fontes primárias:** produção de documentos efetuada durante o período a ser investigado, como leis, atas, manuscritos, biografias, pinturas, filmes, etc. (Cohen & Manion, 1994);

**-Fontes deliberadas:** produzidas com o intuito de servir a outras investigações, podendo ter a função de esclarecimento de suspeitas ou reputação, como autobiografias, documentos de autojustificação e memórias de políticos ou pessoas ligadas à educação ( Lehmann & Mehrens, 1971);

**-Fontes inadvertidas:** tipos de fontes primárias mais comuns, que são usadas pelo investigador com uma finalidade diferente daquela com que foram criadas, como atas de conselhos de turma, manuais, folhetos informativos, relatórios de inspeções escolares, etc. (Bell, 1993);

**-Fontes secundárias:** interpretações de eventos do período em estudo, baseadas nas fontes primárias, como enciclopédias, réplicas de objetos de arte, manuais escolares, etc. (Bell, 1993).

Quanto à natureza dos documentos procedi à utilização de fontes primárias e secundárias, cujo levantamento de dados foi efetuado a partir de livros e documentos eletrónicos.

Depois de ter recolhidos os dados, procedi à sua interpretação e análise de modo a obter um conjunto de informações coerentes, e diferentes das originais, efetuando desta forma uma análise de conteúdo.

## **2. Análise de conteúdo**

Diz respeito a um conjunto de procedimentos que têm como objetivo a produção de um texto analítico no qual se apresenta o corpo textual dos documentos recolhidos de um modo transformado. Miles e Huberman dividem a análise de conteúdo em 3 etapas:

1. Redução dos dados: parte-se de um conjunto amplo de dados para chegar a elementos manipuláveis que permitam esclarecer relações e obter conclusões;
2. Apresentação dos dados: os processos de redução dos dados permitem simplificar a informação, mas esta deve ser apresentada de algum modo que possibilite o seu posterior processamento e que facilite a obtenção de conclusões. Os procedimentos para a obtenção dos dados dependem se a análise recorre à quantificação ou se é uma análise qualitativa;
3. Conclusões: são obtidas pelo investigador durante todo o processo de recolha de dados e durante a análise de conteúdo dos mesmos.

Nesta fase do projeto decidi utilizar a análise documental por achar que seria a técnica mais útil, vantajosa e mais rápida que me iria permitir a recolha de dados, mas esta apesar das suas vantagens também tem as suas limitações:

### ***Vantagens e limitações da análise de documentos***

Segundo vários autores a análise de documentos apresenta várias **vantagens** como:

- permite evitar o uso abusivo às sondagens e aos inquéritos por questionário (Quivy & Campenhoudt, 2003);
- os documentos podem obter-se gratuitamente e a baixo custo (Igea et al, 1995);
- os documentos proporcionam informações sobre ocorrências passadas que não se observaram ou assistiram (Igea et al, 1995).

De entre as principais **limitações** podemos salientar:

- não ser sempre possível o acesso aos documentos (Quivy, & Campenhoudt,2003);
- os documentos podem não conter toda a informação detalhada (Igea et al, 1995);
- os documentos podem ter sido forjados, alterados e falseados (Igea et al, 1995);
- muitas vezes os investigadores não explicitam as ferramentas conceptuais e lógicas que usaram para chegar a determinadas conclusões sobre a realidade estudada (Flores, 1994).

### **A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA...**

A pesquisa é uma atividade vocacionada para a solução de problemas teóricos ou práticos com o emprego de processos científicos, que parte de uma dúvida ou problema, e com uso do método científico, procura uma resposta ou solução.

Segundo Gil (2002), “a pesquisa define-se como um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas propostos. A pesquisa desenvolve-se ao unir os conhecimentos disponíveis e o uso adequado de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos, sendo um processo que vai da formulação do problema até apresentação de resultados satisfatórios”, consistindo na procura de referências teóricas publicadas em documentos, tomando conhecimento e analisando as contribuições científicas ao assunto em questão.

Por ser de natureza totalmente teórica, é parte obrigatória de outros tipos de pesquisa. Abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudos, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisa, monografias, teses, material cartográfico, até meios de comunicação. Existem vários tipos de pesquisa, destacando-se aqui a pesquisa bibliográfica.

Qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige uma pesquisa bibliográfica prévia, quer para o levantamento do estado da arte do tema, quer para a fundamentação teórica ou ainda para justificar os limites e contribuições da própria pesquisa.

A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo trabalho científico que influencia todas as etapas de uma pesquisa, na medida em que possibilita a fundamentação teórica em que se baseia o trabalho. Abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, dissertações, internet etc., até meios de comunicações orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filme e televisão.

Esta tem os seguintes objetivos:

- Fazer um histórico sobre o tema;
- Atualizar-se sobre o tema escolhido;
- Encontrar respostas aos problemas formulados;
- Levantar contradições sobre o tema;
- Evitar repetição de trabalhos já realizados.

A sua finalidade é conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenómeno.

“A finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contacto direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. A pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras “ (Marconi, & Lakatos, 1999).

Segundo Gil (1991, pag.50), este tipo de pesquisa traz-nos algumas vantagens e desvantagens como:

**Vantagens:**

- Permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla caso se fizesse uma pesquisa direta;
- Fornece discussão sobre ideias, fundamentos, inferências e conclusões de autores selecionados;
- Permite conhecer as contribuições de outros pesquisadores.

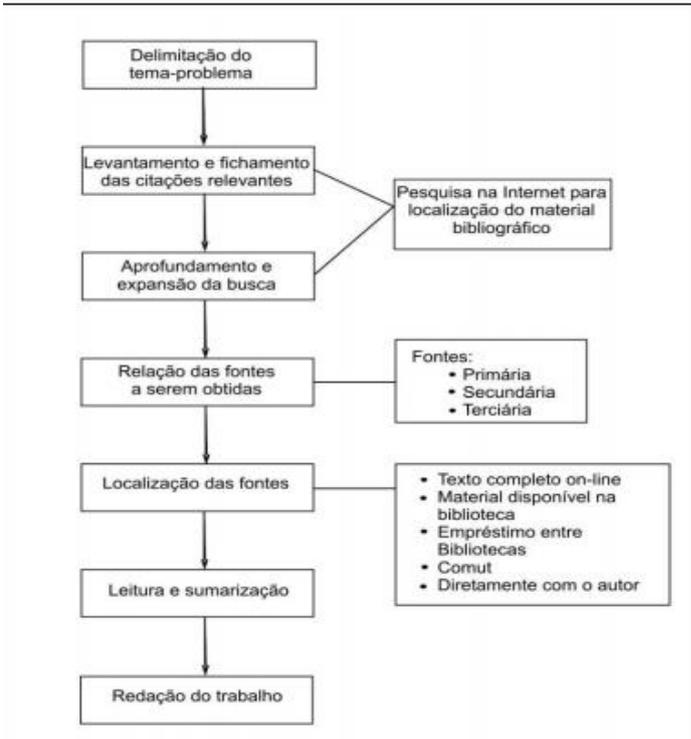
**Desvantagens:**

- Utilização de fontes secundárias, que podem comprometer muito a qualidade da pesquisa, por apresentar dados coletados ou processados de forma equivocada. Deve-se cuidar com a tendência de se produzir ou mesmo de se ampliar esses erros.

Para que a pesquisa bibliográfica seja realizada com sucesso, podemos seguir alguns passos com o objetivo de facilitar a dinâmica da recuperação da informação, conforme

Ilustra a figura seguinte.

Fig.30. *A arte de pesquisa bibliográfica na procura do conhecimento. Etapas da pesquisa bibliográfica.* Pizzani, Luciana et all.(2012, Pág.53-66).



Antes de iniciar o trabalho de uma pesquisa bibliográfica, Volpato (2000) sugere que é necessário ter-se claro e definido o tema da pesquisa. Nesta fase, o pesquisador deve formular um título para o seu levantamento bibliográfico e identificar os termos que expressem o seu conteúdo. Definido o tema da pesquisa, o próximo passo é partir à procura do material bibliográfico que pode ser encontrado em três tipos diferentes de fontes informacionais: as fontes primárias, as fontes secundárias e as fontes experienciais.

As fontes primárias contêm os trabalhos originais com conhecimento original e publicado pela primeira vez pelos autores. São por exemplo, as teses universitárias, livros, relatórios técnicos, artigos em revistas científicas, anais de congressos. As fontes secundárias dizem respeito aos trabalhos não originais e que basicamente citam, revisam e interpretam trabalhos originais. São exemplos de fontes secundárias os artigos de revisão bibliográfica, tratados, enciclopédias e os artigos de divulgação.

As fontes experienciais são aquelas que se baseiam em percepções. A localização dos primeiros materiais para o início de uma revisão de literatura pode ocorrer nas listas de citações de trabalhos fundamentais para o tema ou similares ao que se pretende fazer; nas listas de citações de revisões recentes da literatura; em ideias e dicas dadas pelo

orientador, colegas, congressos, etc. Também podem ser consultados números recentes e sumários de algumas revistas importantes na área.

Com o avanço das tecnologias de informação e comunicação e com o aumento da produção científica, surgiram as bases de dados que podem ser definidas como os suportes informacionais compostos de artigos e trabalhos científicos, elaborados por organizações especializadas, nas diversas áreas do conhecimento. Por essa razão, o que ocorre mais vulgarmente é a pesquisa na Internet e em bases de dados que possuem credibilidade científica, usando mecanismos de busca para localização do material bibliográfico.

Depois da escolha das fontes informacionais, ocorre o início do processo de busca da informação. Para isso, o pesquisador deverá determinar as palavras -chave, autores e instituições mais relevantes; utilizar as bases de dados bibliográficos; começar do mais geral e ir ao particular; começar do ano mais recente e retroceder e examinar listas de citações.

De posse de todo o material selecionado, o pesquisador deverá eliminar duplicações e trabalhos que guardem em si um acentuado grau de similaridade com obras de outros autores, tornando-se também necessário ler os títulos e resumos, eliminando as referências pouco relevantes e marcando a importância ou prioridade de leitura.

Após ter todo o material necessário, a próxima etapa consiste na sua leitura que pode ser realizada, obedecendo a uma ordem de prioridade, como a do material recente para o mais antigo, por exemplo; em seguida, ocorre a elaboração do trabalho científico.

Desta forma, a pesquisa bibliográfica, foi uma das metodologias impulsionadoras do desenvolvimento da minha temática, possibilitando-me aqui a recolha de um vasto conjunto de informações sobre esta, perspetivando muitos autores e importantes contributos para o desenvolvimento da mesma.

Após ter exposto a proposta de estágio já elaborada à professora, esta referiu-me uma associação onde poderia tentar fazer o estágio, a Associação Oncológica do Alentejo, algo muito recente situada na unidade de radioterapia do hospital Espírito Santo de Évora, Edifício do Patrocínio, pois a professora conhecia a diretora da Associação, e para ser mais fácil prepôs-se a falar com ela sobre a hipótese do estágio. Passados alguns dias já tinha a resposta que era em princípio positiva, algo que me deixou bastante contente e aliviada, pois tinha de dar andamento à proposta de estágio que tinha de entregar dia 15.

Após a professora ter analisado a minha proposta de estágio, procedeu-se à realização de bastantes modificações começando por o título, pois este teria agora de estar adequado ao contexto em causa e de acordo com a missão principal da organização. Desta forma, o título da proposta de estágio foi alterado para, “**A construção social do bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico, numa organização particular de solidariedade social.**”

Como se pode verificar, desde a fase inicial até aqui, houve grandes alterações e foi assim que o projeto de estágio se começou a desenvolver. Depois de devidamente corrigida e alterada a proposta foi entregue em papel, ao professor José Saragoça no dia 11 de Novembro de 2013, para que fosse aprovada por si e depois do parecer do professor, no dia 15 de Novembro de 2013 as propostas foram entregues nos serviços académicos, para aprovação do conselho científico da escola. Entretanto, a professora Maria Serrano, reencaminhou-me um email da diretora da Associação Oncológica, Dra. Maria Horta, onde se confirmava definitivamente a realização do estágio e a pedir para contactar com a fisioterapeuta Carla Correia (recursos humanos) para marcar os pormenores do estágio. Desta forma, no dia 5 de Dezembro dirigi-me à associação para falar com a Carla Correia, apresentando a minha proposta de estágio, entregue em serviços académicos, referindo e explicando o que pretendia com o estágio, e também questionando alguns pontos importantes, como a data de início do estágio, o tempo de duração do estágio, as tarefas que poderia elaborar.

O estágio iria ter assim início 7 Janeiro de 2014, num período correspondente de 6 meses. A fisioterapeuta ainda referiu um aspeto que ainda mais me reconfortou, “irá ser bastante útil, tê-la aqui, pois de momento sou a única recursos humanos e faço todo o trabalho sozinha, e assim irá ser uma grande ajuda”. Este aspeto deixou-me ainda mais motivada e bastante satisfeita.

Foi assim que o estágio se começou a desenvolver na Associação Oncológica do Alentejo.

*A estratégia metodológica baseou-se no estudo caso de uma associação particular de solidariedade social, sendo que as técnicas de recolha de dados privilegiadas foram a **pesquisa bibliográfica, a observação direta, observação participante e a análise documental.*** Através destas técnicas procurei dar resposta à problemática colocada e contribuir para o cumprimento dos objetivos propostos.

Antes de mais a metodologia utilizada na construção deste relatório de estágio assentou numa intensiva pesquisa bibliográfica acerca de toda a temática desenvolvida, a partir do qual se desenvolveu todo o projeto. Neste caso era essencial fazer o levantamento de toda a bibliografia existente em relação à temática em causa,

uma pesquisa prévia para o levantamento do estado da arte do tema, quer para a fundamentação teórica em que se baseia todo o trabalho, justificando os limites e contribuições da própria pesquisa.

A pesquisa teve então como objetivos:

- Ficar informada sobre o tema;
- Conhecer a perspectiva de vários autores sobre a temática em causa;
- Ter contacto com o que foi dito ou escrito sobre o assunto;
- Contribuir para a fundamentação teórica do trabalho.

Em termos de contextualização do estágio no que diz respeito à demografia e localização geográfica e local do estágio, procedi de igual modo à pesquisa bibliográfica, recolhendo algumas informações importantes que serviram para caracterizar o Alentejo, mais propriamente Évora e claro o local onde se encontra a Associação Oncológica do Alentejo, o Hospital Espírito Santo de Évora.

Para fazer a caracterização do local de estágio portanto a Associação Oncológica do Alentejo, procedi não só a uma pesquisa bibliográfica realizada através da internet através do site, [www.aoalentejo.org](http://www.aoalentejo.org), de onde recolhi muitas informações importantes, mas também como a uma análise documental.

Uma vez que análise documental consiste em identificar, verificar, caracterizar o objeto de estudo e do sistema em causa, colocar o pesquisador em contacto direto com tudo o que foi dito ou escrito sobre determinado assunto, apreciar documentos com finalidade específica, de uma forma geral procurar responder a uma questão de pesquisa, procedi à análise de alguns documentos da associação como o plano de atividades desta, os estatutos e também alguns folhetos informativos sobre esta, que constam em anexo no final do relatório, com finalidade de me integrar no local de estágio e ficar a conhecer melhor a sua forma de funcionamento interno.

Mais uma vez dividi esta análise documental em duas etapas, procedendo em primeiro lugar à **recolha dos referidos documentos que se localizavam na associação** no seu arquivo na medida em que me foi permitido pela orientadora do estágio na AOAL. Estes documentos como se pôde verificar quanto à sua natureza eram **fontes deliberadas**, ou fontes produzidas com o intuito de servir a outras investigações e **fontes secundárias**, ou interpretações de eventos do período em estudo.

Depois de recolhidos os documentos, procedi à sua interpretação e análise conseguindo desta forma retirar conclusões acerca do pretendido.

Ao longo do estágio procedi à realização de várias atividades, usando várias metodologias que me permitiram a analisar e avaliar as práticas e/ ou ações ou mecanismos que a associação desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida

dos seus doentes, metodologias essas que me permitiram a integração e contacto direto com o meio a investigar, como ator social. A principal metodologia utilizada aqui foi a **pesquisa bibliográfica e a observação direta e participante**.

## **A OBSERVAÇÃO**

Antes de mais nada há que ter em conta que na observação como técnica:

-O pesquisador deve decidir:

- O seu grau de participação no trabalho;
- A explicitação do seu papel e dos propósitos da pesquisa junto aos sujeitos;
- A forma da sua inserção na realidade.

Sobre o planeamento da observação há que ter em conta:

- Delimitação: o “que” e “como “ observar;
- É preciso: preparo material, físico, intelectual e psicológico;
- É preciso: aprender a fazer registos descritivos;
- É preciso: fazer anotações organizadas;
- É preciso: saber separar os detalhes relevantes dos vulgares e utilizar métodos rigorosos para validar suas observações.

A observação é encarada como um conjunto de utensílios de recolha de dados e um processo de tomadas de decisão (Evertson, & Green, 1996). Segundo Castano, G. Javier, (1994) *observar é seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão*. A observação é considerada procedimento científico à medida que:

- a) Serve a um objetivo formulado de pesquisa;**
- b) É sistematicamente planejada;**
- c) É sistematicamente registada;**
- d) É submetida a verificação da confiabilidade e validade.**

## **A OBSERVAÇÃO DIRECTA**

A observação direta é uma das dimensões da observação e permite explicitar comportamentos e interpretações sem ser necessário auscultar, diretamente os intervenientes no seu contexto de trabalho.

Segundo Ludke e André (1991, p.26) “a observação direta permite, também que o observador chegue mais perto da perspetiva dos sujeitos”, um importante alvo nas

abordagens qualitativas. Na medida em que o observador acompanha in loco as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão do mundo, isto é, o significado que eles atribuem á realidade que os cerca e as suas próprias ações.”

Na observação direta o investigador recolhe diretamente as informações, sem que haja intervenção dos sujeitos observados, define os indicadores pertinentes e constrói as grelhas de observação, realizando o conjunto das operações através das quais o modelo de análise (constituído por hipóteses e conceitos) é submetido ao teste dos factos e confrontado com dados observáveis).

#### VANTAGENS DA OBSERVAÇÃO DIRECTA

- Possibilita elementos para delimitação de problemas;
- Favorece a construção de hipóteses;
- Aproxima-se das perspectivas dos sujeitos;
- Útil para descobrir aspetos novos de um problema;
- Obtenção de dados sem interferir no grupo estudado;
- Permite a recolha de dados em situações de comunicação impossíveis;
- Apresenta meio direto e satisfatório para estudar uma ampla variedade de fenómenos;
- Exige menos do observador do que outras técnicas;
- Depende menos da introspeção ou da reflexão;
- Permite a evidência de dados não constantes do roteiro de entrevistas ou de questionários.

#### DESVANTAGENS DA OBSERVAÇÃO DIRECTA

- A presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados, destruindo a espontaneidade dos mesmos e produzindo resultados pouco confiáveis, por poder provocar alterações no comportamento do grupo observado;
- O observado tende a criar impressões favoráveis ou desfavoráveis no pesquisador, favorecendo a interpretação pessoal - juízo de valor;
- Uma visão distorcida pode ser gerada pelo envolvimento levando a uma representação parcial da realidade;
- É difícil generalizar resultados, pois serão observados poucos casos;

- A duração dos acontecimentos é variável dificultando a recolha de dados;
- Vários aspetos da vida quotidiana, particular podem não ser acessíveis ao pesquisador;
- Se não forem bem organizados os registos, irão depender apenas da memória do observador para serem resgatados, gerando uma interpretação subjetiva ou parcial do fenómeno estudado.

Dado que, que neste tipo de observação, o observador observa, tira notas e não tem de se envolver ou participar diretamente, podendo utilizar diversa metodologia sistematizada, para verificar, registar e avaliar as práticas ou mecanismos que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, procedi desta forma à construção das grelhas de observação já referidas anteriormente, que me possibilitaram uma observação direta criteriosa e mais facilitada. Tratei de organizar um conjunto de informações ou características que me permitissem ter uma avaliação, o menos subjetiva possível e que ao mesmo tempo me possibilitassem uma avaliação mais objetiva, uma vez que houve uma preparação prévia daquilo que pretendia observar.

Seguidamente apresento os critérios que utilizei para construção dessa grelha:

#### Parâmetros de caracterização das atividades desenvolvidas:

Como se pôde verificar no quadro síntese supracitado, os parâmetros usados para organizar e caracterizar as atividades realizadas ao longo do estágio foram:

1. **Calendarização:** descrição do período durante o qual se realizou o estágio, com realização das respetivas atividades.
2. **Tipos de atividades:** classificação das atividades segundo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio:
  - Administrativas:** relacionadas com o atendimento de doentes (ex: auxílio no processo de atendimento); auxiliar / cooperar / no atendimento telefónico prestando informações; fornecer informações diversas; colaborar na digitação de documentos; colaborar na redação de documentos em geral (ex: cartas, atas); organização do espaço físico; vendas de produtos, neste caso dos suplementos alimentares “Nutrícia”; emissão de recibos; elaboração de documentos em forma digital como panfletos, folhetos entre outros; realização de pesquisas na Internet; gestão e organização de materiais, como a organização dos suplementos alimentares; atualização de ficheiros em base de dados, como é o caso, dos dados dos sócios, faturas diversas, recibos e outros

documentos importantes; preparar / organizar / analisar / arquivar documentos e correspondências diversas;

**-Divulgação:** divulgação de eventos, atividades, projetos, campanhas ou outras informações importantes alusivas aos doentes oncológicos (ex.: direitos dos doentes oncológicos; biblioteca AOAL; grupo de ostomia; serviços da associação; campanhas de sensibilização para prevenção do cancro digestivo / pele);

**-Dinâmico-participativas:** participação em reuniões e outros eventos; participação em palestras e atividades práticas alusivas aos doentes oncológicos, como o programa mexa-se, as consultas de psicologia, a musicoterapia e a campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo nas escolas;

**- Observação:** observação do trabalho desenvolvido no contexto do estágio, a fim de compreender como funciona uma determinada atividade ou tarefa. (ex.: observação de uma sessão de fisioterapia, participação numa consulta de psicologia...).

**3.Atividades:** atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

**4.Objectivos:** objetivos das atividades realizadas.

**5.Utilidade para o estágio.**

Relativamente a este parâmetro estabeleci a sua classificação em, **muito útil, útil, pouco útil e nada útil**, relevando a importância do desenvolvimento de cada atividade para o estágio.

Seguidamente procederei então à descrição das atividades/tarefas desempenhadas durante o estágio.

Para além das metodologias já referidas outra das metodologias que me ajudou a avaliar essas práticas adotadas pela AOAL foi a *observação participante*. Este tipo de observação foi uma importante técnica de investigação qualitativa, em que eu, como sendo o principal instrumento de observação, fazendo papel de ator social, me consegui integrar nas atividades, recolhendo diretamente dados ricos e pormenorizados através da observação. Os tipos de dados recolhidos neste tipo de observação foram *dados primários (notas em diário)*, *secundários (afirmações observadas)* e *experienciais (baseados em percepções)*.

## **A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

*A observação participante é outra das dimensões da observação. Na observação participante o observador neste caso eu, faço parte da atividade objeto da pesquisa procurando ser membro do grupo.*

Neste tipo de observação, o próprio investigador é o principal instrumento de observação. Ele integra o meio a investigar, “vestindo” o papel de ator social podendo assim ter acesso às perspectivas de outros seres humanos ao viver os mesmos problemas e as mesmas situações que eles. Assim, a participação tem por objetivo recolher dados (sobre ações, opiniões ou perspectivas) aos quais um observador exterior não teria acesso. *A observação participante é uma técnica de investigação qualitativa adequada ao investigador que pretende compreender, num meio social, um fenómeno que lhe é exterior e que lhe vai permitir integrar-se nas atividades/vivências das pessoas que nele vivem.*

Bogdan & Biklen (1994) referem que “os investigadores qualitativos tentam interagir com os seus sujeitos de forma natural, não intrusiva e não ameaçadora. (...) (Bogdan & Biklen, 1994, p. 68). De acordo com Spradley (1980), na abordagem “observação participante” há que realçar que os objetivos vão muito além da simples descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Face à intersubjetividade presente em cada momento, a observação em situação permite e facilita a apreensão do real, uma vez que estejam reunidos aspetos essenciais em campo.

Bogdan e Taylor (1975) definiram *observação participante* como uma investigação caracterizada por interações sociais intensas, entre investigador e sujeitos, no meio destes, sendo um procedimento durante o qual os dados são recolhidos de forma sistematizada. A expressão “observação participante” tende ainda, de acordo com Lapassade (2001), designar o trabalho de campo no seu conjunto, desde a chegada do investigador ao campo de pesquisa, quando inicia negociações para conseguir acesso a este e se continua numa visita prévia, com o reconhecimento do espaço ou campo de observação. Pode conjugar o estatuto de investigador/observador, mesmo que seja conhecido por uma parte do grupo, sendo que este trabalho de campo continua em cada momento/“tempo” de presença e até que o investigador o abandona depois de uma estadia mais ou menos longa. Para Amendoeira (1999), na observação participante, o investigador é o principal instrumento da investigação, sendo uma clara vantagem, dada a possibilidade de estar disponível para colher dados ricos e pormenorizados, através da observação de contextos naturais e nos quais é possível ter acesso aos conceitos que são usados no dia-a-dia, por se conhecer a linguagem dos intervenientes.

**A observação participante apresenta como principais vantagens e desvantagens:**

A observação apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os factos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação. A principal desvantagem está na presença do pesquisador, que pode provocar alterações no comportamento dos observados, destruindo a espontaneidade dos mesmos e produzindo resultados poucos confiáveis. Vejamos seguidamente mais algumas vantagens e desvantagens destas técnicas:

Vantagens:

- Garante uma informação rica e profunda;
- Permite compreender diretamente comportamentos (material recolhido é espontâneo/autêntico);
- Permite flexibilidade ao investigador porque lhe torna possível mudar de estratégia e seguir novas pistas que aparecem.

Desvantagens:

- Só pode ser analisada para estudar pequenos grupos ou comunidades;
- Levanta dificuldades de generalização;
- Dificuldade em ser aceite pelas unidades a observar;
- Tarefa pesada/fatigante, além de que a memória é seletiva.

A tabela seguinte sintetiza algumas vantagens e desvantagens deste tipo de observação:

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realidade – observa eventos do mundo real à medida que acontecem.</li> <li>• Contextual – cobre o contexto do evento.</li> <li>• Boa visão das motivações e comportamentos interpessoais.</li> <li>• Acesso a eventos ou grupos que seriam inacessíveis à pesquisa científica.</li> <li>• Percepção da realidade do ponto de vista interno ao ambiente em estudo – retrato mais fiel.</li> <li>• Capacidade de manipular eventos menores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custo – consome muito tempo.</li> <li>• Selectividade – cobertura limitada.</li> <li>• Reflexividade – evento pode ocorrer de forma diferente porque está a ser observado.</li> <li>• Falhas/desvios provocados por manipulação de eventos feita pelo pesquisador.</li> <li>• Menor habilidade de trabalhar como observador externo, tendo que, em alguns casos, assumir posições contrárias às boas práticas de pesquisa científica.</li> <li>• Tempo insuficiente para tomar notas e fazer perguntas sobre eventos sob diferentes perspectivas, como um bom observador deveria fazer.</li> </ul>

Tabela 5. Yin (1994). *Vantagens e Desvantagens da Observação Participante*. Fonte: Neves, Paulo (2009). A observação Participante como ferramenta para a criação de um sistema de sugestões. Universidade de Aveiro. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial.

No que diz respeito à metodologia utilizada na realização das atividades, como já referi anteriormente, a principal metodologia utilizada foi a **pesquisa bibliográfica e a observação direta sistematizada e participante**.

Relativamente à **atividade 3**: aquisição de conhecimentos e informações acerca dos “Suplementos alimentares “Nutricia””, a metodologia utilizada para realização desta atividade foi a *observação direta e a análise documental*. Por um lado como era necessário ter alguns conhecimentos sobre os referidos suplementos alimentares, para conseguir fazer uma venda ou até mesmo informar e/ou esclarecer os doentes de alguma dúvida, a orientadora de estágio na AOAL explicou os diferentes tipos de suplementos disponibilizados pela associação, e para que serviam, para que ficasse devidamente a conhecê-los. Para aquisição desses conhecimentos inicialmente me limitei apenas a ouvir a explicação da orientadora e posteriormente anotei as informações necessárias. Neste caso o tipo de dados recolhidos foram os dados primários e secundários. Por outro lado para recolha de informação mais detalhada e pormenorizada também procedi à leitura de folhetos informativos acerca dos suplementos alimentares, que se encontravam na associação, na medida em que me foi permitido pela orientadora de estágio, cuja natureza eram fontes deliberadas e inadvertidas. Seguidamente procedi à interpretação e análise desses folhetos, fazendo uma síntese e redução de dados, de modo a obter um conjunto de dados coerente para chegar a uma conclusão.

No que diz respeito à **atividade 4**: participação no “Programa Mexa-se”, a metodologia utilizada para realização desta atividade foi a *observação direta*. Esta atividade consiste na realização de “Classes de movimento” com os doentes oncológicos e levou-me ao conhecimento de uma das iniciativas que AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, através da observação direta desta atividade, que me levou à recolha de informações importantes sobre esta, nomeadamente como funciona, quem participa, no que consiste, e sobretudo que importância tem para a vida dos doentes oncológicos.

Relativamente à **atividade 5**: envio de panfletos informativos sobre os fatores de risco/ações de prevenção do cancro digestivo para os centros de saúde da Região Alentejo. Esses panfletos iriam ser colocados na estação de correio, mas para poder enviar esses panfletos para os centros de saúde, era necessário recolher as moradas dos respetivos centros. Desta forma, procedi à *pesquisa bibliográfica*, realizada através da internet, que me possibilitou recolher essas moradas, e desta forma consegui cumprir o objetivo da atividade.

**A atividade 6** consistiu em: participação na Reunião Ordinária de Assembleia Geral da Associação Oncológica do Alentejo para discussão do orçamento e plano de atividades para o ano de 2014. A metodologia aqui utilizada foi a *observação direta e participante* a partir do qual estando eu integrada, e não me limitando só apenas a ouvir, mas também registar, consegui recolher todos os dados necessários, neste caso primários e secundários que me levaram ao conhecimento e compreensão da forma de funcionamento de uma instituição particular da solidariedade social.

**A atividade 8** consistiu na organização e reposição dos suplementos alimentares “Nutricia”, no mostruário. Nesta atividade a orientadora explicou-me como deveriam estar organizados os suplementos alimentares no mostruário, dando o exemplo, pedindo-me também de acordo com o que tinha percebido, para o fazer. Para além de ter procedido a uma *observação direta*, através do qual consegui compreender o objetivo da atividade também nesta participei, agindo de acordo com o que tinha aprendido.

**A atividade 11 /12/60** consistiu na campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo numas turmas das Escolas, Secundária Severim de Faria e S. Clara em Évora. Relativamente a esta atividade a metodologia utilizada foi uma *observação direta e participante*.

Numa primeira etapa, limitei-me a ouvir uma apresentação sobre o tema do cancro digestivo, realizada pela orientadora perante a turma, limitando-me apenas a observar e registar dados primários e secundários acerca da temática exposta. Já numa segunda etapa, a orientadora pediu-me ajuda na distribuição de uns folhetos sobre a temática em causa pela turma, participando desta forma na atividade.

No que diz respeito à **atividade 13**: recolha de tampinhas na Escola Básica André de Resende procedi à utilização de uma *observação direta e participante e pesquisa bibliográfica*. Numa primeira fase a orientadora explicou-me o que deveria fazer em relação às tampinhas e ajudei na recolha destas. Numa segunda fase após ter chegado à associação procedi aos meus registos sobre a atividade, com recurso também a internet a partir do qual realizei uma pequena pesquisa no site da AOAL sobre a campanha adotada pela associação: “Uma tampinha, uma ajudinha!”, segundo o qual recolhi um pequeno conjunto de dados que me levaram à compreensão e objetivos da atividade.

**A Atividade 15** consistiu no resumo e síntese dos direitos gerais dos doentes oncológicos para construção de um panfleto informativo. Nesta atividade recorri à *pesquisa bibliográfica*, realizada a partir da internet, através da qual consegui ficar mais informada do assunto em causa; conheci os vários pontos de vista acerca do assunto tomando contacto com aquilo que foi dito ou escrito, e através do qual recolhi um conjunto de dados importantes para fundamentação teórica sobre o assunto em causa, de forma a poder contribuir para o cumprimento do objetivo proposto, neste caso informar e esclarecer os doentes oncológicos dos seus direitos através de um panfleto informativo.

**A atividade 16** consistiu na realização de contactos telefónicos com os doentes oncológicos, com objetivo de marcar um exame dermatológico oferecido numa caminhada realizada em 2012. Esta atividade teve por base uma *observação direta e participante*, em que numa primeira fase observei como se fazia a atividade através das indicações da orientadora e numa segunda fase, já participei na realização dessa atividade.

**A atividade 17** consistiu na recolha de informações sobre livros alusivos aos doentes oncológicos para construção de um folheto referente à “Biblioteca AOAL”. A atividade teve por base a *pesquisa bibliográfica*, realizada através da internet, a partir do qual consegui recolher um conjunto de informações uteis e credíveis para fundamentação

teórica do assunto em causa, de forma a poder contribuir para o cumprimento do objetivo proposto- o desenvolvimento do folheto referente à biblioteca AOAL.

**Atividade 23:** uma das tarefas realizadas relativamente a esta atividade foi a pesquisa de leis associadas aos direitos gerais dos doentes oncológicos. A metodologia aqui utilizada foi assim a *pesquisa bibliográfica* realizada através da internet, que mais uma vez me ajudou a recolher um conjunto de dados acerca da temática em causa, ficando informada sobre esta.

**Atividade 25:** realização de um folheto alusivo aos serviços que a AOAL disponibiliza aos doentes oncológicos.

A metodologia utilizada nesta atividade foi a *pesquisa bibliográfica realizada através da internet e a análise documental*.

Para proceder à construção deste folheto era necessário ter uma noção mais detalhada e pormenorizada daquilo que eram os serviços que a associação podia disponibilizar aos seus doentes. Comecei assim por realizar uma análise documental a alguns folhetos sobre os serviços que a associação disponibilizava, que se localizam portanto na AOAL e cuja natureza eram fontes deliberadas e inadvertidas. Depois de recolhidos os documentos, procedi à sua interpretação e análise com respetiva síntese e redução de dados para chegar às conclusões pretendidas. Esta análise foi principalmente realizada para responder há minha questão de pesquisa e colocar-me em contacto com o que já tinha sido ou dito com determinado assunto. Para completar a minha análise procedi ainda a uma pesquisa bibliográfica que me facultou dados complementares a toda a informação que já tinha obtido através da página da AOAL, [www.aolentejo.org](http://www.aolentejo.org), de forma a conseguir contribuir para o cumprimento do objetivo da atividade.

**Atividade 29:** atividade dinâmico-participativa numa sessão de musicoterapia. Esta atividade baseou-se essencialmente numa atividade de *observação direta e participante* e é mais uma das ações ou mecanismos que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos doentes oncológicos. O poder participar na atividade, possibilitou-me o melhor conhecimento daquilo que é ser doente oncológico, o contacto direto com os doentes oncológicos, e da “realidade” em que vivem. Através da recolha de um conjunto de dados percebidos e recolhidos diretamente apenas através da observação, sendo dados primários, secundários e experienciais, e também da participação na própria atividade interagindo com eles, consegui

compreender a importância e o impacto daquela atividade enquanto doente oncológico.

**A atividade 31:** a recolha das sinopses dos livros da biblioteca AOAL e imagem dos mesmos, teve por base a *pesquisa bibliográfica* realizada através da internet, que me possibilitou reunir um conjunto de dados, que devidamente organizado e sintetizados iria ser utilizado na página da AOAL para divulgação da biblioteca. A metodologia utilizada contribuiu desta forma para o cumprimento do objetivo da atividade.

**A atividade 32:** a pesquisa de verniz para unha danificada após tratamentos de quimioterapia, teve por base a *pesquisa bibliográfica* realizada através da internet, que por um lado me possibilitou reunir um conjunto de dados, que me possibilitaram ficar informada sobre o assunto, neste caso os vernizes e por outro possibilitaram reunir um conjunto de dados, que devidamente organizado e sintetizados contribuíram para o esclarecimento de dúvidas e para informar alguns doentes sobre o assunto.

**A atividade 35:** a observação a uma sessão de fisioterapia oncológica teve por base uma *observação direta*, segundo o qual apenas me limitei a recolher alguns dados primários e secundários para compressão desta. Por outro lado no final da sessão realizei uma *pesquisa bibliográfica* via internet, para melhor ficar informada sobre o assunto e tomar contacto com aquilo que já tinha sido dito pela orientadora.

**Atividade 37:** esta atividade foi dedicada à realização do relatório, limitando-me apenas a observar o trabalho desempenhado pela orientadora. A *observação direta* foi aqui utilizada com o objetivo de verificar e analisar o trabalho desenvolvido na AOAL, através não só da observação mas também registo de dados primários.

**Atividade 39:** reunião sobre a instalação de equipamentos na sala de quimioterapia com o engenheiro do Hospital de Évora e da Philips- candidatura ao projecto, “Por um sorriso na quimioterapia.

A metodologia aqui utilizada foi a *observação direta*. Numa fase inicial, antes de começar a reunião a orientadora explicou-me a candidatura ao projeto, “Por um sorriso na quimioterapia”, segundo o qual procedi ao registo de dados (primários). Seguidamente embora ter participado na reunião, apenas me limitei à observação, a partir da qual obtive um conjunto de dados que me permitiram verificar e compreender melhor este projeto e a importância que iria ter para os doentes oncológicos.

**Atividade 40:** a atividade baseou-se numa pesquisa sobre a Portugal Telecom, que teve por base a *pesquisa bibliográfica*, realizada através da internet, que possibilitou a recolha de um conjunto de dados importantes sobre esta.

**Atividade 44:** pesquisa de artigos sobre o linfedema. A metodologia utilizada nesta atividade foi a *pesquisa bibliográfica, pela internet*. A utilização desta metodologia possibilitou-me ficar informada sobre o assunto em causa, tomando contacto com o que foi dito ou escrito sobre o assunto, pois era algo que desconhecia, e a recolha de informações uteis e credíveis para fundamentação teórica sobre o assunto, de forma a poder contribuir para o cumprimento do objetivo da atividade.

**Atividade 46:** uma das tarefas desta atividade era fazer uma pesquisa sobre os aparelhos de áudio destinados a utilizar em um dos serviços prestados pela AOAL- o reiki. A atividade teve então por base a *pesquisa via internet*, a partir do qual me limitei a pesquisar esses aparelhos (mp3, colunas..)

**Atividade 55:** colaboração na redação da ata de reunião de assembleia e alteração do plano de atividades.

Esta atividade teve por base a *pesquisa bibliográfica e a observação direta*.

Numa primeira fase a orientadora explicou-me como proceder à alteração da ata que já estava realizada para torna-la então na atual, e também as alterações que deveria fazer no plano de atividades, segundo o qual eu fiz os meus registos. Seguidamente procedi à pesquisa bibliográfica para aprofundar mais os conhecimentos sobre as atas, e através desta consegui reunir um conjunto de dados necessários para conseguir cumprir o objetivo da atividade.

**Atividade 59:** construção do panfleto sobre o grupo de apoio aos doentes ostomizados. Nesta atividade a *pesquisa bibliográfica* foi a base fundamental para todo o seu desenvolvimento. Para construção do panfleto, tinha de ter algum conhecimento e fundamentação teórica sobre o assunto em causa e para isso recorri à pesquisa, através da qual consegui obter os dados necessários, para conseguir ficar informada sobre o assunto, e assim conseguir proceder à construção do folheto.

**Atividade 69:** pesquisa sobre a Soroptimist International.

Uma das tarefas desempenhadas nesta atividade era uma pequena pesquisa sobre a Soroptimist International. A metodologia assim utilizada nesta atividade foi a *pesquisa bibliográfica*, realizada a partir da internet. A utilização desta metodologia possibilitou-

me ficar informada sobre o assunto em causa, tomando contacto com o que foi dito ou escrito sobre este, pois era algo que desconhecia, e a recolha de informações uteis e credíveis para a sua fundamentação teórica, de forma a poder contribuir para o cumprimento do objetivo da atividade.

**Atividade 77:** observação e participação numa consulta de psicologia efetuada sobre a orientação da doutora Soraia Migueis. A metodologia utilizada nesta atividade foi a *observação direta e participante*.

Esta consulta foi efetuada a um casal de idosos<sup>18</sup>, mas individualmente, dadas as circunstâncias em que se encontrava o casal.

Numa primeira fase, limitei-me apenas à observação direta, onde procedi ao registo de alguns dados, primários, secundários e experienciais, que me possibilitaram conhecer melhor, neste caso a familiar do doente oncológico, e os seus problemas e necessidades, e posteriormente quando já tinha mais algum conhecimento, decidi colocar algumas questões à própria, na medida em que me foi permitido pela Dra. Soraia Migueis, que achava que seria útil, para uma melhor compreensão da realidade em que se encontrava. Posteriormente a Dra. Soraia efetuou a consulta ao doente oncológico. Neste caso apenas me limitei à observação direta, a partir do qual também recolhi alguns dados, primários, secundários e experienciais, que me levaram à compreensão da realidade onde se encontra este doente.

**Atividade 78:** pesquisa de notícias sobre o Euromelanoma.

A metodologia utilizada nesta atividade foi a *pesquisa bibliográfica*, pela internet. A utilização desta metodologia possibilitou-me ficar informada sobre o assunto em causa, tomando contacto com o que foi dito ou escrito sobre o assunto, pois era algo que desconhecia, e a recolha de informações uteis e credíveis para fundamentação teórica sobre o assunto, de forma a poder contribuir para o cumprimento do objetivo da atividade.

**Atividade 82:** levantamento e registo dos corpos sociais da AOAL.

Esta atividade teve como metodologia a *análise documental*. Para fazer o levantamento dos corpos sociais da AOAL, tive de proceder à leitura das atas de assembleia, onde constavam os corpos sociais da AOAL, na medida em que me foi permitido pela orientadora. As atas localizavam-se assim na AOAL e eram de natureza

---

<sup>18</sup> A Dna. "X", esposa do doente oncológico, representa um nome meramente fictício, devido a proteção de dados pessoais, sendo referenciada no anexo 18 no final deste relatório, anexo referente à realização da atividade de psicologia.

primária. Depois de recolhidos os documentos, procedi à sua interpretação e análise com respetiva síntese e redução de dados para chegar às conclusões pretendidas. Neste caso a análise documental foi muito útil na medida em que me ajudou a construir um documento alusivo aos corpos sociais da AOAL.

**Atividade 91:** pesquisa sobre o Dia Internacional do Cancro da Próstata.

A metodologia utilizada nesta atividade foi a *pesquisa bibliográfica, pela internet*. A utilização desta metodologia possibilitou-me ficar informada sobre o assunto em causa, tomando contacto com o que foi dito ou escrito sobre o assunto, pois era algo que desconhecia, e a recolha de informações uteis e credíveis para fundamentação teórica do mesmo, de forma a poder contribuir para o cumprimento do objetivo da atividade.

Apresento seguidamente um quadro síntese de toda a metodologia utilizada ao longo do estágio.

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Técnicas /Métodos Recolhidas	Finalidade das Técnicas
Estágio	Tomar contacto direto com uma realidade organizacional específica e um contexto de trabalho real com vista a perceber os mecanismos utilizados pela organização na construção social do bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer e integrar uma organização e um contexto de trabalho real</li> <li>2. Elaborar as tarefas que me forem distribuídas no plano de estágio, no âmbito do modelo de organização e de divisão do trabalho vigente;</li> <li>3. Observar de forma direta e sistematizada as práticas dos dirigentes e trabalhadores, na construção social do bem-estar e qualidade de vida dos doentes oncológicos;</li> <li>4. Compreender o processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observação direta</li> <li>-Observação participante</li> <li>-Análise documental</li> <li>-Pesquisa bibliográfica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caracterizar o objeto de estudo e do sistema em causa.</li> <li>-Colocar o pesquisador em contacto direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, permitindo o reforço paralelo na análise das suas pesquisas ou manipulação de informações</li> </ul>

Quadro 2. Quadro síntese da metodologia utilizada ao longo do estágio. Fonte: elaboração própria (2014).

## CAPITULO IV- REFLEXÃO CRITICA

Antes de mais nada há que ter em conta aquilo que o é estágio e a sua verdadeira importância para o contexto pessoal e profissional de um aluno.

O estágio caracteriza-se como espaço de oportunidade e imersão na área de trabalho escolhida pelo aluno. Durante o período de realização do estágio, podem ocorrer várias provocações de carácter prático, ético, teórico, dentre outros, contribuindo para o posicionamento do aluno frente às distintas solicitações da realidade profissional. Por um lado, partindo da análise, interpretação e intervenção da/na realidade o estagiário tem condições de construir a sua independência profissional não dissociando teoria, prática e contribuições advindas das vivências dos outros e das suas próprias num permanente processo de ação-reflexão-ação.

O estágio é considerado a primeira etapa no mundo do trabalho, e o papel que o estagiário desempenha durante este período é fundamental para delinear o tipo de profissional que este será no futuro. Aspectos como responsabilidade, organização, assiduidade e pontualidade, espírito de equipa, comprometimento com o trabalho e com a empresa/ organização, e confidencialidade são essenciais em qualquer estagiário e podem contribuir para o sucesso na sua carreira.

Neste contexto o estágio curricular é uma atividade prática que é desenvolvida pelos alunos durante o período de graduação, prática que os permite aproximar com a futura profissão, proporcionando a realização de um paralelo entre a educação, cultura e sociedade. Segundo Castrogiovanni (2011), é um desafio importante, pois é a partir deste que nos deparamos com muitas situações que nos causam preocupações e inquietações, mas que porém, nos fazem crescer. Este é um momento que se apresenta para nós como uma oportunidade de colocarmos em prática o aprendizado adquirido ao longo do curso. [...] o estágio oferece ao licenciado um conhecimento da real situação do trabalho sendo também, um momento para se verificar as competências adquiridas ao longo do curso na prática profissional.

Segundo Caires e Almeida (2000, p. 219-241), o estágio poderá proporcionar as seguintes *vantagens*:

- Promover a capacitação profissional;
- Integrar o jovem no mercado de trabalho;
- Propiciar o desenvolvimento de habilidades, atitudes e competências individuais;
- Desenvolver a responsabilidade e comprometimento do jovem com a sua carreira;
- Proporcionar a oportunidade de aprimoramento tecnológico;

- O conhecimento e as habilidades constituem-se em fonte de vantagem competitiva, sendo que o aprendizado, muitas vezes, só é conseguido no ambiente de trabalho;
- Possibilitar perceber as próprias deficiências e buscar o aprimoramento;
- Incentivar o exercício do senso crítico e estimular a criatividade;
- Desenvolvimento de competências de reflexão e investigação;
- Desenvolvimento da autonomia;
- Estimular o crescimento pessoal e profissional.

Desde o início da conceção do projeto de estágio e durante o período de realização do mesmo, existiram muitas expectativas e receios em relação a este, e à realidade com que me iria deparar, tendo sido um período marcado por muitas dúvidas, incertezas e dificuldades, mas por outro lado foi um período de grande aprendizagem. No entanto saberia à partida que iria contar com um período de muito trabalho, mas ao mesmo tempo um período que me iria trazer um forte contributo para a obtenção de competências pessoais e profissionais. Este momento foi oportuno, pois possibilitou fazer um paralelo entre a teoria e a prática, proporcionando vivenciar diferentes realidades que envolvem o quotidiano de muitas pessoas. As experiências que vivenciei durante o período de estágio foram inúmeras e todas de extrema importância para o desenvolvimento académico e profissional. Essas experiências foram colocando vários desafios como conseguir desenvolver a minha autonomia e formar as minhas próprias opiniões, associar conceitos teóricos com a realidade vivenciada disso, e tornou-me capaz de fazer observações, análises e interpretações das diferentes realidades respeitando as diversidades existentes na sociedade.

Como já tinha referido, durante esta fase inicial do projeto deparei-me com algumas dificuldades e obstáculos, cujos quais tentei sempre dar resposta e encontrar soluções para os resolver e superar, começando pela escolha do tema, sendo a minha primeira maior dificuldade, dado que só me interessava a área de recursos humanos, e que acabava sempre por ser modificado, dificultando por consequente a definição de objetivos e metodologia a utilizar e o resto de todo o plano de trabalho.

Por outro lado posso dizer que a minha segunda maior dificuldade foi o facto de ter sido bastante difícil encontrar um local para estagiar. Começando pela Tyco com a qual fiquei bastante desiludida, pois como empresa que é, esperava de si um feedback positivo, e que acabou por ser negativo, facto que me fez alterar todo o meu plano de trabalho, e passando pela DREA, o Hospital Espírito Santo, Embraer, Fundação Alentejo, CDI e acabando na Escola dos Salasianos de Évora, todas estas instituições

me deram um feedback negativo acerca da realização do estágio, o que era bastante desmotivante e ao mesmo tempo preocupante dado o tempo que tinha para realizar a minha proposta/projeto de estágio.

Como se pôde ver, este período foi bastante complicado para mim, não só em termos de escolha do tema, mas também como resposta por parte das associações relativamente ao estágio. Foi um período marcado muito negativamente, e muito instável em termos de delimitação do plano de trabalho e definição do tema, mas com muito esforço e ajuda consegui superar, e atingir os objetivos desta primeira grande etapa. A minha grande dúvida acerca da realização ou não do estágio persistiu sempre até ao momento em que recebi o email da professora, a comunicar a decisão da associação acerca do estágio, pois no início era tudo muito incerto. Esta mostrou-se sempre como um pilar ou fator primordial em todo o projeto e seu desenvolvimento, criticando sempre de forma construtiva quando necessário, indicando soluções para os problemas existentes, de forma humilde, promovendo um ótimo ambiente entre estagiário-orientador, desempenhando assim um papel importante na construção deste relatório. Por outro lado, relativamente há minha orientadora na AOAL, embora não tenha colaborado muito para a realização deste relatório, colaborou dando as indicações necessárias à realização de determinadas atividades, acompanhando sempre o meu trabalho na AOAL sendo também assim um importante apoio ao longo da realização do estágio.

Relativamente ao início do estágio e local onde este ocorreu exatamente, classifico-o como um período de difícil adaptação principalmente a nível psicológico.

Em termos de espaço físico, inicialmente foi um pouco difícil adaptar-me ao ambiente de trabalho, pois este era um espaço bastante pequeno, onde trabalhava apenas uma pessoa, neste caso a orientadora de estágio na AOAL, que desempenhava várias funções para além da fisioterapia oncológica, sendo portanto a única responsável pela AOAL. Por este espaço ser pequeno e também destinado a tratamento de doentes continha apenas duas secretárias, em que uma delas estava situada onde ocorria os tratamentos dos doentes. Deste modo quando ocorria o tratamento dos doentes não poderia lá estar a trabalhar e teria de ficar na secretária da orientadora, mesmo na zona de passagem dos doentes para a realização do tratamento, o que dificultaria um pouco o trabalho das duas, dado o espaço para se trabalhar ser muito apertado.

O facto de orientadora de estágio na AOAL me ter dado a conhecer o Centro de Aconselhamento ao Doente Oncológico (CADO) da Associação Oncológica do Alentejo (AOAL), e também os Serviços de Oncologia e Radioterapia do Hospital do Espírito Santo de Évora, bem como a equipa de profissionais dos mesmos, possibilitou-me uma boa integração e conhecimento do local onde iria estagiar. Todas

as pessoas tanto na minha receção, como ao longo do estágio foram muito simpáticas, acolhedoras e preocupadas comigo, facto que me deixou bastante satisfeita confiante e motivada.

Por outro lado o desenvolvimento das atividades supracitadas como por exemplo, a leitura dos estatutos da AOAL, participação em reuniões, a aquisição de conhecimentos acerca dos suplementos alimentares, a participação em várias atividades ou ações desenvolvidas pela AOAL em prol do bem-estar e qualidade de vida dos doentes, entre outras, possibilitou o melhor conhecimento do contexto de trabalho, o trabalho que é desenvolvido e como se desenvolve, bem como a equipa a sua equipa de profissionais, de forma geral conhecer a forma de funcionamento de uma instituição particular de solidariedade social e a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes. Para além disso também a aquisição e aplicação de competências e valores importantes contribuíram para o meu crescimento a nível pessoal e profissional. Mas apesar de todos estes aspetos positivos nesta fase, volto aqui a referir que não foram fáceis os primeiros meses na AOAL. Com o desenvolvimento de várias atividades e com o passar do tempo, fui estabelecendo algum contacto com os doentes oncológicos, e cada vez mais fui conhecendo aquilo que é ser “doente oncológico” e percebendo o quanto é difícil o ser ao ter de encarar a “doença”. Assuntos como o cancro, são assuntos muito delicados que podem causar muita dor e sofrimento, e era isso que eu via todos os dias naquele hospital, muitas pessoas a entrar e sair com cara de sofrimento, angústia revoltados com a própria vida, e para mim o mais difícil ao longo do período foi ter de encarar estas pessoas, também de certa forma revoltada, por ver que estes estavam a sofrer, e não conseguir fazer nada para os poder ajudar.

Custou-me bastante ter de encarar esta realidade, realidade com que não estava habituada a lidar e que de repente tive de enfrentar e superar pois o meu objetivo era realizar o estágio.

Em termos de tarefas ou atividades realizadas, não tive dificuldade em executar qualquer uma delas, sendo sempre efetuadas segundo as indicações da orientadora, quando eram específicas da AOAL como a atualização de faturas e recibos em base de dados e outras, onde tive oportunidade de aplicar conhecimento teóricos e práticos adquiridos em contexto académico, como é o caso dos trabalhos de pesquisa ou construção de apresentações PowerPoint, ou em Publisher (Ex: folhetos, panfletos...) Sempre me esforcei e empenhei para as realizar contribuindo sempre para o

cumprimento dos seus objetivos para o presente ano, garantindo a qualidade dos serviços prestados pela AOAL.

Ao longo do estágio tive oportunidade de realizar diversos tipos de atividades que me permitiram de certa forma dar resposta à problemática colocada no início deste projeto.

Como se pode verificar na grelha de observação das atividades realizadas ao longo do estágio, a maior parte das atividades realizadas foram de administração e de divulgação, mas todas elas tiveram a sua importância e utilidade para o presente estágio.

Relativamente à sua *utilidade para o estágio*, a partir da análise das atividades supracitadas posso concluir que a realização das atividades foi útil e muito útil na medida em que:

*-Proporcionou contactos com o mundo empresarial e experiências de trabalho, facilitando o desenvolvimento de aprendizagens não adquiridas em contexto escolar, bem como a posterior integração do estagiário na vida ativa;*

*-Permitiu o bom acolhimento e integração do estagiário, facilitando o melhor conhecimento do contexto de trabalho e equipa de profissionais dos mesmos; conhecimento dos objetivos e finalidade da instituição, e conhecimento do funcionamento interno da mesma, através da exploração direta do local de estágio, leitura de alguns documentos sobre a associação e exploração da sua página de internet;*

*-Proporcionou a observação do funcionamento da Instituição ou secção específica da mesma, fomentando a capacidade de análise e reflexão sobre práticas de trabalho e organização;*

*-Possibilitou a aquisição de competências importantes que contribuiram para garantir a qualidade dos serviços prestados pela entidade recetora, como é o caso da aquisição de conhecimentos e informações acerca dos suplementos alimentares “Nutricia”; atualização de recibos e faturas em base de dados, entre outros;*

*-Facultou ao estagiário a aplicação e consolidação de aprendizagens efetuadas em contexto escolar pela execução de um múltiplo elenco de tarefas relacionadas com a formação técnica obtida, como a elaboração de várias pesquisas na internet; folhetos e panfletos informativos; elaboração de atas e convocatórias; impressão e organização de documentos; entre outros;*

*- Facilitou o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes adequadas ao contexto laboral, nomeadamente espírito crítico, sentido de responsabilidade, empenhamento, cooperação, autonomia;*

*-Contribuiu para o desenvolvimento de competências de reflexão e de investigação, através da realização de diversas pesquisas acerca da problemática em causa, como as leis e direitos gerais dos doentes oncológicos; alguns livros sobre oncologia; pesquisa de artigos sobre o LINFEDEMA; pesquisa sobre o grupo de apoio aos doentes ostomizados; pesquisa de artigos sobre a SOROPTIMIST INTERNATIONAL; pesquisa sobre o Euromelanoma; pesquisa sobre o Dia Internacional do Cancro da Próstata e sobre Cancro da Próstata;*

*-Contribuiu para a aquisição de saberes e conhecimentos teóricos acerca da problemática em causa, através da realização de vários trabalhos de pesquisa via internet e documental, como é caso dos serviços que a associação pode disponibilizar aos doentes; informações acerca de vernizes para unhas danificadas após tratamentos de quimioterapia; pesquisa sobre as leis e direitos gerais dos doentes oncológicos; alguns livros sobre oncologia; pesquisa de artigos sobre o LINFEDEMA; pesquisa sobre o grupo de apoio aos doentes ostomizados; pesquisa de artigos sobre a SOROPTIMIST INTERNATIONAL; pesquisa sobre o Euromelanoma; pesquisa sobre o Dia Internacional do Cancro da Próstata e sobre Cancro da Próstata;*

*-Contribuiu para o cumprimento dos objetivos da AOAL para o presente ano, levando assim ao bom funcionamento e desempenho da entidade recetora, como é o caso da realização de reuniões e da promoção de ações informativas dirigidas a públicos estratégicos; associação de doentes à associação; entre outros;*

*-Contribuiu para adequar o desempenho no estágio aos objetivos definidos pela AOAL para o presente ano;*

*-Observar de forma direta e sistematizada as práticas dos dirigentes e trabalhadores, na construção social do bem-estar e qualidade de vida dos doentes oncológicos;*

*-Contribuiu para a compreensão do processo de construção social do bem-estar e qualidade de vida que a organização procura dar aos utentes;*

*-Possibilitou o contacto direto com o doente oncológico e a realidade por si vivida, através da convivência e da participação nas várias atividades desenvolvidas com os doentes;*

*-Levou ao conhecimento de ações ou mecanismos, que a AOAL desenvolve em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus doentes, como a promoção de ações informativas, dirigidas a públicos estratégicos como os doentes oncológicos; atividades dinâmico-participativas, como é o caso das atividades de musicoterapia; fisioterapia oncológica; o Reiki; consultas de psicologia; as classes de movimento - programa “Mexa-se”, entre outros.*

Por outro lado através da análise de todas as atividades realizadas ao longo do estágio, procurei dar resposta à problemática colocada, identificando desta forma um conjunto de mecanismos ou de ações que a AOAL desenvolve e adota em prol do bem-estar e qualidade de vida dos seus utentes.

Para o ano de 2014, a AOAL tem como principais prioridades:

***-Otimizar a qualidade de vida do doente oncológico e dos seus cuidadores/familiares;***

***-Incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis, junto da População da Região Alentejo, como forma de prevenção das doenças oncológicas.***

*Assim em prol do bem-estar e qualidade de vida dos utentes pude verificar que a AOAL desenvolve ações ou mecanismos como:*

-A disponibilização de serviços como, o serviço social; a psicologia, o reiki, a fisioterapia oncológica; musicoterapia e posteriormente consultas de enfermagem;

-Manutenção e dinamização das Classes de Movimento com os doentes em tratamento no serviço de Radioterapia do Hospital, com o objetivo de manter/promover a sua capacidade funcional e facilitar a sua reabilitação biopsicossocial;

-Divulgação dos serviços disponibilizados pela AOAL aos doentes oncológicos, para que chegue a um maior número de pessoas, através da:

-Divulgação feita pelos órgãos de comunicação social, estabelecendo parcerias com os mesmos;

-Produção de informação para os monitores das salas de espera dos serviços de oncologia e radioterapia (Powerpoint);

- Elaboração e produção de material de divulgação, como é o caso dos folhetos e panfletos informativos a serem distribuídos pelos doentes em locais estratégicos como, serviços de cirurgia e centros de saúde;
- Manutenção da página e da atividade em redes sociais, como a partilha de fotografias, notícias, ou qualquer informação relevante acerca da AOAL;
- A criação do Grupo de Apoio aos doentes Ostromizados;
- Incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis, junto da população da Região Alentejo, como forma de prevenção das doenças oncológicas através de ações como:
  - Realização de campanhas de sensibilização para o cancro digestivo, que inclui:
    - Envio de folhetos informativos para todos os centros de saúde da região Alentejo por correio;
    - Realização de ações de informação e sensibilização nas Escolas da Região Alentejo, como foi o caso, da Escola Secundária Severim de Faria e a Escola Básica de S. Clara de Évora;
- A elaboração e produção de materiais em vários formatos sobre diversas temáticas, a serem distribuídos com o intuito de divulgação das mesmas como:
  - Direitos dos doentes oncológicos: síntese dos direitos e explicação “passo-a-passo”;
  - Ostomia: material de suporte ao grupo de apoio aos doentes ostromizados;
  - Cancro da próstata.
- Realização de caminhadas para a prevenção do cancro de pele;
- Participação em projetos como “Por um Sorriso na Quimioterapia”, cujo valor ganho através do projeto, será investido principalmente em prol do bem-estar dos doentes, com a implementação de equipamentos de luz e som nas salas de quimioterapia do hospital;
- Adoção de campanhas como “Um euro por uma causa”, em que se pretende estabelecer novos contactos com a intenção de desenvolver parcerias com os hotéis da Região do Alentejo para que um euro de cada fatura paga por um cliente, desde que autorizado pelo mesmo, reverta automaticamente para a AOAL, para que esta possa prosseguir as ações e atividades programadas;
- Promoção de ações de sensibilização para os malefícios do tabaco, nas épocas festivas das Universidades, como queima das fitas e receção ao caloiro;

- Parcerias com a Universidade de Évora, com o Serviço de Oncologia do HESE, no sentido de permitir a realização de Encontros para a Saúde, sobre diversas áreas relacionadas com a doença oncológica e com a ResiAlentejo, Tratamento e Valorização de Resíduos, E.I.M, empresa intermunicipal responsável pelo Sistema de Tratamento e Valorização de Resíduos Sólidos Urbanos do Baixo Alentejo, em que a AOAL através do seu projeto “Uma Tampinha, uma Ajudinha”, pelas tampas que entrega a esta empresa, recebe um equivalente ao seu valor em equipamentos médicos e ortopédicos;

-A adoção da “Biblioteca AOAL”, cuja sua finalidade é emprestar livros aos doentes em tratamento, seus familiares e/ou cuidadores e aos profissionais de saúde;

Posteriormente a AOAL desenvolverá:

-A dinamização da AOAL em Beja, com a criação de um gabinete de atendimento ao doente oncológico no Hospital de Dia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;

-Realização de um “Questionário de avaliação de necessidades” para levantamento das necessidades e dificuldades sentidas pelo doente oncológico desde o diagnóstico até ao final do tratamento;

-Elaboração e produção de um placard para a parede exterior do Cado para divulgar a AOAL;

-Realização de uma campanha de sensibilização para a importância do Rastreio do Cancro da Próstata que inclua:

-Caminhada de sensibilização, em Novembro, na cidade de Évora;

-Promoção de exames de rastreio do cancro da próstata;

-Elaboração e produção de flyers de sensibilização para distribuir pela população.

Como se pode verificar a AOAL desenvolve um variado número de ações ou mecanismos.

Os doentes oncológicos em fase de doença apresentam várias incapacitações ou limitações, quer a nível físico, psicológico ou até mesmo financeiro. Assim a adaptação a essa fase de doença é mais fácil quando têm informação correta para que possam esclarecer todas as suas dúvidas e se sentirem mais confortáveis, e sobretudo terem bons serviços de apoio. É aqui que a AOAL desempenha um papel fundamental no apoio social e humano a estes doentes, através da promoção e colaboração em iniciativas e ações de carácter educativo, técnico e científico, procurando sempre facilitar o acesso do doente oncológico a apoios técnicos e financeiros. Seja através

da realização de campanhas, participação em projetos, ações de divulgação, ou outro tipo de atividades adotadas pela AOAL, esta procura sempre garantir o bem-estar e qualidade de vida dos doentes oncológicos.

E assim cheguei ao final de mais uma etapa, marcada por algumas dificuldades, que tentei com muito esforço e dedicação superar, e por outro lado marcada por várias conquistas. Através da análise qualitativa, partindo da pesquisa, observação e análise documental, e também com ajuda das orientadoras, procurei sempre atingir os meus objetivos dando resposta à problemática colocada. O estágio para mim foi uma experiência, uma experiência de vida, que me aproximou do mundo de trabalho, possibilitando a aplicação de vários conhecimentos adquiridos em contexto académico e um conjunto de importantes aprendizagens que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

O final desta etapa é assim marcado pela resposta à problemática colocada e pelo cumprimento de todos os objetivos propostos.

## CAPITULO V:CONCLUSÃO

Apesar de ter conseguido dar resposta à problemática colocada e cumprir os objetivos propostos, e uma vez que o estágio foi realizado sob um âmbito de saúde, a meu ver as iniciativas/ações que contribuíram especificamente para melhorar a qualidade de vida dos doentes foram, a aplicação do “Programa Mexa-se – Classes de movimento” e a fisioterapia oncológica, pois são atividades que envolvem uma serie de procedimentos que intervêm diretamente com o físico dos doentes oncológicos, sob a orientação de um profissional especializado, nesta caso a fisioterapeuta, e por outro lado também as caminhadas no âmbito da prevenção das várias tipologias de cancro. Desta forma considerei estas atividades como sendo as mais importantes, que contribuíram no sentido de melhorar a saúde dos doentes. Todas as restantes atividades em que participei e desenvolvi foram atividades mais direcionadas com o apoio social e humano, de caracter educativo técnico e científico, que facilitava o apoio ao doente em termos técnicos e financeiros.

Assim sendo o meu grau de apreciação crítica de pertinência das atividades, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do doente oncológico, considerando por exemplo uma escala nominal de Likert, dividia em 5 categorias em que 1-Mau; 2-Mediocre; 3-Suficiente; 4-Bom e 5 Muito Bom é de 2. Considero este grau, pois de acordo com o que foi acima referido, penso que associação não desenvolve práticas/ações/mecanismos / iniciativas suficientes que possam contribuir diretamente para a melhoria da saúde do doente, no que diz respeito ao seu bem-estar e qualidade de vida. De uma forma geral penso que a associação consegue cumprir com sucesso os seus objetivos, no que toca ao apoio social e humano ao doente oncológico, facilitando-lhe o acesso a apoios técnicos e financeiros, promovendo ações de sensibilização da população para a doença oncológica, seu rastreio e prevenção, mas não consegue atingir com sucesso a sua finalidade, nomeadamente no que toca à saúde e no que se traduz na promoção da melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes oncológicos.

Na minha opinião uma associação deste tipo deveria desenvolver outro tipo de ações/ mecanismos e/ou iniciativas como:

- A “Oncofitness”- atividade física para doentes oncológicos;
- Realização de mais caminhadas;
- Realização de outro tipo de exercícios na atividade “Classes de Movimento”;
- Realização de iniciativas de dança na área de oncologia.

O estágio revelou-se uma ótima oportunidade de aprendizagem, favorecendo um melhor espírito de trabalho individual, mas também em grupo, integração e aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante o período de estudo, sobretudo um crescimento a nível profissional e pessoal e que me colocou em contacto com aquilo que é o mundo do trabalho. Por outro lado possibilitou-me o desenvolvimento e aquisição de um conjunto de habilidades, atitudes e competências, que se constituíram uma fonte de vantagem competitiva.

A partir do trabalho realizado fiquei a conhecer a forma de funcionamento de uma instituição particular de solidariedade social, facto que desconhecia, e o quanto é importante este tipo de associações, neste caso no âmbito dos doentes oncológicos, desenvolver ou adotar um conjunto de ações ou mecanismos, em prol do seu bem-estar e qualidade de vida, no sentido de levar os doentes oncológicos a uma “zona de conforto” e sair de uma “zona de conflitos”.

Ações como a musicoterapia, as consultas de psicologia, as classes de movimento, a participação em várias ações informativas, com vista à promoção de atitudes saudáveis, como a campanha de prevenção do cancro digestivo, a participação em reuniões, a interação direta com os doentes oncológicos e a elaboração de alguns trabalhos na associação, incentivaram o exercício do senso crítico, estimulação da criatividade, desenvolvimento da autonomia e competências de reflexão e investigação.

Para concluir, saliento aqui que este foi muito importante para o meu desenvolvimento, pois através desta prática foi possível vivenciar como é a realidade no mundo de trabalho e vivenciar as diferenças e dinamicidade do espaço a partir de vários aspetos: físico, espacial e social. A diferenciação de situações proporcionou e desafiou assim para novas formas de trabalho e compreensão da realidade social, proporcionando novas relações de ensino-aprendizagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguinis, H., & Kraiger, K. (2009). Benefits of Training and Development for Individuals and Teams, Organizations, and Society. *Annual Review of Psychology*, 60, 451 – 474.

Aires, Luísa. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta.

Albarelo, Luc et al (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Alberto, S, & Stefano, S. R., & Neves, A. B. (2002). *Os sistemas de administração de pessoas: um estudo comparativo*. Caderno de Administração. Maringá, v. 10, n. 1.

Albuquerque, L. G. (1999). *Estratégias de recursos humanos e competitividade*. In: Vieira, M. M. F; OLIVEIRA, L. M. B. (Orgs.) São Paulo: Atlas.

Albuquerque, L. G. (2002). A gestão estratégica de pessoas. In: FLEURY, M. T. L (Org.). *As pessoas na organização*. São Paulo: Editora Gente, p. 35-50.

Almeida, Marco António, & Bettine, Gutierrez, & Gustavo, Luís, & Marques, Renato (2012). *Qualidade de vida. Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade São Paulo.

Amaral, João J.F. (2007). *Como fazer uma pesquisa bibliográfica*. Fortaleza.

Backes, MTS, & Rosa, LM, & Fernandes, GCM, & Becker, SG, & Meirelles, BHS, & Santos SMA. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem UERJ*. Acedido em 2 Fevereiro de 2014, em:

<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>.

Barata RB, et al. (1997). *Condições de vida e situação de saúde*. Saúde Movimento. Rio de Janeiro.

Barbosa, A. C. Q. (2005). *Relações de trabalho e Recursos Humanos em busca de identidade*. ERA, Edição Especial Minas Gerais, Vol. 45.

- Bardin, Lawrence. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barroso, Sérgio, & Carvalho, Manuel (2013). *Plano Regional de Oncologia do Alentejo – PROA*.
- Batista, Ana Margarida Contreiras (2011). *A Gestão de Recursos Humanos na Fnac Colombo. Relatório de Estágio*. Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Instituto Superior de Economia e Gestão -Universidade técnica de Lisboa.
- Becker, H. (1987). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Beer, Michael, & Spector, Bert , & Lawrence, Paul, & Mills, D.Quinn(1984). *Managing Human Assets. The groundbreaking Harvard Business School Program*.
- Bell, J. (1993). *Como realizar um projeto de investigação (3ª.ed)*.Lisboa: Gradiva.
- Bernardes, Aida (2008).Políticas e práticas de formação em grandes empresas. Situação atual e perspetivas futuras. *Revista de Ciências de Educação*, nº6, pp- 57-70.
- Bilhim, João. (2006). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. (3ªed).Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, pp. 17-45.
- Boas, Ana Alice Vilas, & Macedo, João Luiz. *Liderança: um estudo de caso sobre o papel dos gerentes na difícil tarefa de influenciar os recursos humanos de uma organização*.
- Bogdan & Biklen (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Bodgan, R, & Taylor, S (1975). *Introduction to qualitative research methods: a phenomenological approach to the social sciences*. New York:J. Wiley.
- Bonnewitz, Patrice. (2003). *Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu*. Rio de Janeiro: Petrópolis.
- Bordieu, Pierre. (1992).*A reprodução*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Bowditch, J. L. & Bueno, A. F. (2002). *Elementos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson.

Braga, Joana Cristina Machado (2010). *Formação e avaliação em contexto associativo: alguns contributos*. Relatório de Estágio, Instituto de Educação-Universidade do Minho, Portugal.

Brandão, Ana Maria. (2000). Modelos de Gestão de Recursos Humanos - o caso do sector segurador em Portugal. *Sociedade e cultura 1, Cadernos do Noroeste*, vol. 13, pp.181-200.

Bronfenbrenner, U. (1977). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Buss, Paulo Marchiori et al. (2000). Qualidade de vida: um debate necessário. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1):7-18.

Caetano, A., & Vala, J. (2007). *Gestão de Recursos Humanos - contextos, processos e técnicas* (3ªed.). Lisboa: Editora RH.

Caieros, Susana & Almeida, Leandro S. (2000). Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate em aberto. *Revista Portuguesa de Educação*, vol., nº2, pp 219-241.

Caires, S, & Almeida, L. S. (1997). Vivências e percepções do estágio: adaptação à instituição e variáveis associadas. *Revista de Estudos de Investigação em Psicologia e Educação 1*, pp. 33-40.

Caires, S, & Almeida, L. S. (1998). *Estágios curriculares: Avaliação das vivências e percepções na transição do meio académico para o mundo de trabalho*.

Calado, Sílvia dos Santos, & Ferreira, Sílvia Cristina dos Reis (2004/2005). *Análise de documentos: método de recolha e análise de dados*. Mestrado em Educação. Metodologia da Investigação I. Didática das Ciências.

Caponi, S. A (1997). *Propósito del concepto de salud*. Florianópolis: UFSC.

Cardim, Luís Filipe (2000). *A formação profissional das organizações*. (3ªed). Instituto do emprego e formação profissional.

Cardoso, Graça et all. Aspetos psicológicos do doente oncológico. *Revista de Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Departamento de Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.

Carmo, H, & Ferreira, M. M. (1998) *Metodologia da Investigação guia para a auto – aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.

Carta de Ottawa. Acedido em 20 de Maio 2014 em:  
[http://pt.wikipedia.org/wiki/Carta\\_de\\_Ottawa](http://pt.wikipedia.org/wiki/Carta_de_Ottawa)

Casmarrinha, Manuela de Jesus Linhol (2008). *Famíliares do Doente Oncológico em Fim de Vida....dos sentimentos às necessidades*. Tese de dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto, Portugal.

Castellanos, PL (1997). Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In RB Barata, *Condições de Vida e Situação de Saúde. Saúde Movimento* (pp 31-76).Rio de Janeiro: Abrasco.

Castrogiovanni, Antonio C. (org.) et al (2011). *Ensino de Geografia: caminhos e encantos*. Porto Alegre: Edipucrs.

Chiavenato, I. (1983). *Recursos humanos*. São Paulo: Atlas.

Chiavenato, I. (1995). *Recursos humanos*. São Paulo: Atlas.

Chiavenato, I. (1999). *Administração teoria, processo e prática*. São Paulo: Afiliada.

Chiavenato, I. (2004). *Recursos humanos: o capital humano das organizações*: São Paulo: Atlas.

Cohen, I. & Manion, L. (1994). *Research methods in education (4ªed.)*. London: Routledge.

Colás Bravo, P. (1992). La Metodologia cualitativa. In P. Colás, L. Buendia, *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar.

Correia, Maria da Conceição. (2009).A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, N.º 2, 2º Semestre.

Costa, Ana (2012). *O desenvolvimento de recursos humanos no contexto das organizações sociais*. Faculdade de letras, Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.

Dal POZ, M. R, & Stilwell, B, & Mercer, H, & Adams, Orvill. Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: novos problemas e soluções. In: Renato Faria (Org.), *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho* (1ª ed, pp. 323-342).Campinas: UNICAMP/NEPP.

Dias, Cláudia. (2000). *Métodos de coleta de dados*.

Dubar, C. (1997). *A Socialização: construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora.

Esteves, A. Azevedo, J. (Eds.) (1998). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*. Faculdade de letras da Universidade do Porto.

Fernandes, Luciane Alves, & Gomes, José Mário Matsumura (2003).*Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação*. Contexto, v. 3, n. 4.

Ferraz, Flávio Carvalho, & Segre, Marco (1997).O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), pp.538-42.

Ferreira, J. M. Carvalho et al. (2001).*Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa.

Ferreira, J. M. Carvalho et al. (1996).*Entre a Economia e a Sociologia*. Oeiras: Celta Editora.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Camarate: Lusociência, Edições técnicas e Científicas, Lda.

Foucault, Michel. (1974-82). *Anuário do Collège de France*.

Freire, P. (1995). *Política e Educação. Questões da Nossa Época*. (2ªed.), Vol. 23.

Fuck, Marcelo Pio de Almeida. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: características e perspectivas*. Departamento de psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

George, Francisco (2011). *Sobre o conceito de Saúde Pública*. Disponível em franciscogeorge.pt

Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (3ª Ed.). São Paulo: Atlas.

Globocan, IARC. (2008). Registos Oncológicos. Disponível em: <http://www-dep.iarc.fr/>

Gomes, J, & Cunha, M, & Rego, A, & Cunha, R, & Cabral-Cardoso, C, & Marques, C. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Silabo.

Gomes, J, & Cunha, M. P. (2003). O Âmbito Estratégico da Gestão de Recursos Humanos. *Revista de Recursos Humanos*, nº26, pp.6-12.

Gonçalves, Joana Daniela Oliveira (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia- satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. Tese de Mestrado, Faculdade de economia-Universidade de Coimbra, Portugal.

Graziosi, Maria Elisabete Salvador, & Liebano, Richard Eloin, & Nahas Fabio Xerfan.(s.d). *Pesquisa em base de dados. Especialização em Saúde da Família*. UNIFESP.

Guerra, Isabel (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril: Principal Editora, Lda.

Gutierrez PR, & Oberdiek, HI.(2001). Concepções sobre a saúde e a doença. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L, organizadores. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL.

Haguete, T.M.F. (s.d). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.

Harbison, Frederick, & Myers, Charles A. (1964). *Education Manpower and Economic Growth: strategies of human resource development*.

Igea, D, & Augustin, J, & Beltran, A, & Martin, A. (1995). *Técnicas de Investigacion en Ciências Sociales*. Madrid: Dykinson.

Iglesias, María Elinor Dulzaides, & Gomez, Ana Maria Molina. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*. V. 12, n. 2, p. 1-5.

Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU/EDUSP.

Lakatus, E. M., & Marconi, M. A. (2001). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. (5ª. Ed). São Paulo: Atlas.

Lapassade, G. (2001). L'Observation participante. *Revista Europeia de Etnografi de Educação*,1,9-26.

Lindemberg,MA. *Saúde - doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. Práxis em saúde coletiva* [ mensagem electrónica de mailing list].

Disponível em:

<http://psaudecoletiva.blogspot.com.br/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html>.

Lourenço, Luciana, et all. *A Historicidade filosófica do conceito de saúde*.

Ludke, E. Menga, & Marli, André. (2004). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Machado, C. (1996). *Tornar-se professor – da idealização à realidade*. Dissertação de Doutorado em Psicologia, Universidade de Évora, Portugal.

Maia, Mariana Campos (2011). *Recursos Humanos em Hospitais do Sistema Único de Saúde: entre a assistência e a gestão*. Dissertação mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais-Belo Horizonte.

Marran, Ana Lúcia. (s.d). *Estágio Curricular supervisionado: algumas reflexões*. Universidade Federal da Grande Dourados-Mato Grosso do Sul.

Martins, Maria do Céu Antunes (2005). *A promoção da saúde: percursos e paradigmas*.

Matias, Ana Mafalda. (s.d). *Compreender as organizações: contributos sociológicos e modelos de gestão*. Comunicação social. ESEV.

Melo, Mónica Catarina Braz (2010). *Relatório de estágio*. Instituto politécnico da Guarda-Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

Miguéis, Soraia. *Musicoterapia: a música do “eu” no “outro”*. AOAL.

Minayo, et al. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ Abrasco.

Ministério da Saúde. (2002). *As cartas de promoção da saúde*. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/02\\_1221\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/02_1221_M.pdf).

Ministério da Saúde. (1986). VIII Conferência Nacional de Saúde. In: Anais VIII Conferência Nacional De Saúde. Brasília, Rio de Janeiro.

Ministério da Saúde(2002). *Rede de Referência Hospitalar de Oncologia*.

Moreira, Sónia Virgínia. (2005). Análise documental como método e como técnica. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. In: Jorge Duarte, António Barros (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. (269-279). São Paulo: Atlas.

Morse, Janice (2007). *Aspetos Essenciais de metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra.

Moura, Estevão (2000). *Gestão dos recursos Humanos. Influências e Determinantes do Desempenho*. Lisboa: Ed. Sílabo.

Nadler, L (1984). Human Resources Development. In Nadler, L.(ed). *The Handbook of Human Resources Development*. New York, John Wileysons.

Neves, J.L. (1996). Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Cadernos de pesquisa em Administração*. V.1, n.3,2º sem.

Neves, Paulo Miguel Amaro. (2009). *A Observação Participante como ferramenta para a criação de um Sistema de Sugestões*. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Universidade de Aveiro.

Oliveira, Amândio Henriques. *Sociologia Organizacional*. Modulo III. Faculdade Machado de Assis.

Oliveira, Mac, & Engry, Ey. (2000) A Historicidade das Teorias Interpretativas do Processo Saúde- Doença. *Revista Escola de Enfermagem*, 34(1) 9-15.

Acedido em 29 de Janeiro de 2014 em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>.

Oliveira, Alfredo Almeida Pino. (2007). *Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde*.

Organização Mundial de Saúde: *cuidados de saúde primários :agora mais que nunca*. (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008.

Organização Mundial da Saúde(2008): *o cancro no mundo: dados estatísticos*. Disponível em:

[www.wcrf.org](http://www.wcrf.org)

[http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wcr/2008/;](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wcr/2008/)

Parente, Cristina (1996). As empresas como espaço de formação. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*,pp.89-150.

Paz, Mário R. Dal, & Gupta, Neeru, & Quain Estele, & Soucat, Agnes L. B. (2009). *Manual para a avaliação e monitorização de recursos humanos em saúde com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio*. Organização Mundial de Saúde.

Pereira, Ana Maria, & Perondi, Clara, & Rodrigues, Ivete. (s.d).*Estágio: uma oportunidade de adquirir conhecimento a partir da realidade profissional*.

Pereti, J.M. (2007). *Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, Alessandra. (2001). *O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica*, n. 114, p. 179-195.

Pina & Cunha, Miguel, & Rego, Arménio, & Campos & Cunha, Rita, & Cabral-Cardoso, Carlos (2004). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (3ª Ed). Lisboa: Editora RH.

Pires, C. (1998). Estagiar um verbo irregular. In *Notícias magazine*, nº 317.

Pissarra, Ana Carina Freitas (2007).*A Função recursos humanos*. Departamento de Engenharia Química e Biológica. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra. Instituto Politécnico de Coimbra.

Pizzani, Luciana, & Rosemary, Cristina Silva, & Bello, Suzelei Faria. (2012). A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. *Revista Digital de Bibliotecnia e Ciência da Informação*.V.10, n.1, p.53-66.

Ponte, J. P. (1998). Da formação ao desenvolvimento profissional. *In Atas do ProfMat* (pp. 27-44).Lisboa: APM.

Queiroz, Danielle Teixeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. (2007). *Revista de Enfermagem, UERJ*. V. 15, n. 2, p. 276-283.

Quivy, R, & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ªed). Lisboa: Gradiva.

Registo Oncológico Regional do Sul (2006).Registo Oncológico Regional Sul. Incidência, Sobrevivência e Mortalidade por cancro na Região Sul de Portugal – ISM. Lisboa.

Relatório de Lalonde. Acedido em 20 de Maio 2014 em:

[Http://pt.wikipedia.org/wiki/Relat%C3%B3rio\\_Lalonde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Relat%C3%B3rio_Lalonde)

Rey L. (2000). *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. (2ªed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Ribeiro, J, & Matos(1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 179-191.

Roreno (2009).*Comparação da incidência de cancro nos três registos oncológicos regionais*. Porto: IPO-Porto.

Santos, Marcos Eduardo. (s.d). *Da observação participante à pesquisa- ação uma comparação epistemológica para estudos de investigação*.

Santos, Maria João Nicolau (2004).Gestão de recursos humanos: teorias e práticas. *Sociologias*, pp-142-158.

Sardanas, Mariana Leal (2011). *Estágio pedagógico*. Relatório Final de Estágio do Mestrado em ensino da educação física nos ensinos básico e secundário, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra, Portugal.

Severino, António Joaquim. (2004). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez.

Scliar, M.(2007).História do conceito de saúde- Physis. *Revista de Saúde Coletiva*. 17(1) 29-41. Acedida em 25 de Março de 2014 e disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>

Silva, Jackson Ronie, & Almeida, Cristóvão Domingos, & Guidanis, Joel Felipe. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*.

Silva, Carlos Alberto Lorga (s.d.). *Comunicação nas Organizações*. Lisboa.

Silva, Luísa Ferreira et all. *Vivências de saúde e bem-estar*. Atas dos ateliers do V.º Congresso Português de Sociologia.

Sousa, Ana Paula Moreira, & Nunes, Emiliana Cristina Rodrigues. (s.d). *A observação como técnica científica*.

Souza, Jacqueline, & Kantorski, Luciane Prado, & Luís, Margarita Antónia Villar (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*. V. 25, n. 2, p. 221-228.

Souza, Luís Eugénio, & Dussault, Gilles (1999). *Gestão de Recursos Humanos em Saúde*. Departamento de administração da saúde. Faculdade de Medicina. Universidade de Montreal.

Sousa, M.J, & Duarte, T, & Sanches, P.G, & Gomes, J. (2006). *Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Spradley, James P. (1980). *Participant Observation*.Orlando- Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Strehl, Letícia. *A pesquisa bibliográfica como procedimento de investigação*. Universidade federal do Rio Grande do Sul.

Teixeira, Cristina Alexandra Vieira Barbosa (2012). *A gestão de recursos humanos na Medical Products: uma avaliação na delegação do Porto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de letras -Universidade do Porto, Portugal.

Tichy, N.M, & Frombrun, C.J, & Devanna, M.A. (1982). *Strategic Human Recource Management Review*, 23 (2), 47-61.

Triviños, A.N.S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Torrington, D, & Hall, L, & Taylor, S. (2005). *Human Resource Management* (6th ed.). Harlow: Prentice-Hall.

Westphhal M F.(2007). *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças*. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*(p. 653-663). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Vergara, S. C. (2000). *Gestão de Pessoas*. São Paulo: Atlas.

Vianna, Heraldo Marelím. (2007). *Pesquisa em educação: a observação*. Brasília: Liber Livro.

Viegas, José Belchior. (s.d). *Técnicas de trabalho: como fazer um portfólio*.

Vilela, Maria Estrela Moreira. (s.d). *Métodos e técnicas de estudo-modulo III. Faculdade Machado de Assis*.

Volpato, E. S. N. (2000). *Pesquisa bibliográfica em ciências biomédicas*. *J. Pneumol*. V. 26, n. 2, p. 77-80.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 8 – FOTOGRAFIAS E OUTRAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À AOAL**

## Anexo 9



**Fig.6-Folheto Nutrícia. Ed. Imagem: Jorge Piteira**



**Fig.7-Mostruário Nutrícia. Ed. Imagem: Jorge Piteira**

Muitas vezes os tratamentos contra o cancro têm como efeitos secundários mucosite (inflamação da mucosa oral), saciedade precoce, fadiga ou anorexia que contribuem para a redução da gestão alimentar. Os suplementos alimentares fornecem uma reserva extra de nutrientes que pode promover a redução da perda de peso e aumentar a taxa de tolerância à quimioterapia. Por esse motivo, a AOAL disponibiliza no CADO este tipo de produtos, a preços vantajosos, principalmente para os doentes que sejam sócios da AOAL.

## **Anexo 10**

### **PROGRAMA “MEXA-SE”**

O exercício físico, devidamente adaptado, é aconselhado no pós-cirurgia do cancro da mama e durante os tratamentos de radioterapia não só para evitar/reduzir os efeitos colaterais destes tratamentos mas também para ajudar a prevenir recidivas. O **Programa Mexa-se** (classes de movimento) inclui sessões de exercício duas vezes por semana, orientadas por uma fisioterapeuta e sessões de esclarecimento sobre temas relacionados com o cancro da mama, destinando-se a todos os homens e mulheres que enfrentam o cancro da mama.

A participação no programa está aberta a todos os doentes de cancro de mama e é gratuita para os sócios da Associação Oncológica do Alentejo.

Estas sessões são efetuadas todas as Terças e Quintas Feiras, nas Instalações da Unidade de Radioterapia do Hospital do Espírito Santo de Évora. No presente dia, a sessão demorou cerca de 30 min contando com, alguns movimentos de aquecimento, exercícios com um tubo de papel, exercícios de braços e de mãos e com uma bola.

#### **Benefícios do exercício:**

- Melhorar a mobilidade e força do ombro
- Prevenir o linfedema
- Diminuir a fadiga
- Melhoria da postura
- Evitar a aderência de tecidos/cicatriz
- Ajudar a controlar/reduzir o peso
- Melhorar a sua qualidade de vida

#### **ACTIVIDADES OBSERVADAS:**

- Movimentos
- Exercícios
- Tubo de papel:
- Juntar braços e mãos:

-Exercício com a bola (os doentes passavam a bola uns aos outros, sem tentar deixar cair. Apanhar a bola o máximo de vezes.)

-Cruzamento de mãos



Fig.8- Classes de Movimento. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

## Anexo 11



Fig.9 -Folheto Cancro digestivo. AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

## Anexo 12

### UMA TAMPINHA, UMA AJUDINHA!

**“Ao oferecer-nos tampas de plástico ou metal (caricas) está a ajudar a AOAL a oferecer produtos médicos aos doentes oncológicos do Alentejo.”**

Em 2012, a AOAL celebrou uma parceria com a Resialentejo – Tratamento e Valorização de Resíduos, E.I.M, empresa intermunicipal responsável pelo Sistema de Tratamento e Valorização de Resíduos Sólidos Urbanos do Baixo Alentejo. A Resialentejo pelas tampas que recebe entrega à AOAL o equivalente ao seu valor em equipamentos médicos ou ortopédicos.

Ao aderir à campanha **Uma tampinha uma ajudinha**, além de ajudar um projeto social está a ajudar o ambiente!



Fig.10- Campanha Tampinhas AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

### Anexo 13:

#### Campanha de sensibilização para a prevenção do cancro digestivo.



Fig. 11.-Campanha de sensibilização do cancro digestivo. Escola Secundária Severim de Faria. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

Cada beneficiário só pode usufruir desta isenção para um veículo. Para isso, deve apresentar o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso junto dos Serviços de Finanças.

**Isenção do imposto sobre veículos**

Estão isentos do pagamento do imposto sobre veículos pessoas maiores de 18 anos, com deficiência motora, de carácter permanente, com grau de incapacidade igual ou superior a 60%. A isenção está limitada ao montante de 7.800 euros e só é válida para veículos com nível de emissão de CO até 160g/km ou 180 g/km, se houver necessidade de mudanças automáticas.

O pedido de isenção deste imposto deve ser remetido à Autoridade Tributária e Aduaneira acompanhado da declaração de incapacidade permanente e do comprovativo de habilitação legal para condução.

**IVA**

São sujeitos a 6% de IVA, desde que prescritos por receita médica:

- Soutiens, fatos de banho ou outras peças de vestuário de uso medicinal constituídas por bolsas interiores destinadas à colocação de próteses utilizadas por mastectomizadas;
- Os aparelhos ortopédicos, cintas médico-cirúrgicas, meias medicinais, cadeiras de rodas e veículos semelhantes para pessoas com deficiência, prótese ou outros artefactos destinados a substituir qualquer membro/órgão do corpo humano ou a tratamento de fraturas, lentes para correção de vista, bem como calçado ortopédico.
- Os utensílios e quaisquer aparelhos ou objetos especificamente concebidos para utilização por pessoas com deficiência, desde que constem da lista aprovada pelo Despacho Conjunto n.º 26026/2006, de 22 de dezembro, dos Ministros das Finanças e da Administração Pública, da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde.

Estão isentas do pagamento de IVA as importações e transmissões de triciclos, cadeiras de rodas, com ou sem motor, automóveis ligeiros de passageiros ou mistos para uso próprio das pessoas com deficiência. A venda destes produtos, antes de decorridos cinco anos sobre a data de aquisição ou de importação, pressupõe o pagamento do imposto correspondente ao preço de venda.

**Contribuições da entidade patronal à segurança social**

**Medida de Estimulo ao Emprego**

A entidade patronal poderá ter uma redução nos encargos contributivos devidos pelos trabalhadores com capacidade de trabalho inferior a 80% da capacidade de trabalho normal exigida a um trabalhador no mesmo posto de trabalho, quando contratados por tempo indeterminado. O requerimento desta redução contributiva deve ser apresentado na Instituição da Segurança Social.

Pessoas com capacidade de trabalho reduzidas podem ainda beneficiar de outros incentivos ao emprego: apoio à qualificação; apoio à integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho; apoio ao emprego.



**É DOENTE ONCOLÓGICO?  
CONHEÇA OS SEUS DIREITOS**

*Enquanto doente oncológico poderá ter alguns direitos especiais...*

Para beneficiar dos mesmos, deverá ser portador do **Atestado Médico de Incapacidade Multiuso**, sendo que parte desses benefícios e direitos apenas lhe são concedidos se lhe for decretada uma incapacidade igual ou superior a 60%.

**O que deve fazer para obter o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso:**

1. Pedir ao médico assistente uma informação clínica.
2. Dirigir-se ao centro de saúde da sua área de residência e requerer ao delegado de saúde a convocação de uma Junta Médica para avaliação do seu grau de incapacidade
3. No prazo de 60 dias, será notificado da realização da referida Junta Médica.
4. No ato de levantamento do Atestado terá que fazer o seu pagamento no valor de 50 euros.
5. O Atestado tem uma validade de 5 anos. Finalizado este período deve revalidá-lo.

Se pertencer às forças Armadas, Polícia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana deve dirigir-se aos Serviços Médicos respetivos.

O documento original deve permanecer sempre consigo, para que possa fazer prova da sua condição, sempre que estiver perante uma situação em que possa usufruir dos seguintes direitos:

Fig.12- Direitos Gerais dos Doentes Oncológicos (elaboração própria). Ed. Imagem: Jorge Piteira.

Anexo 15

**Biblioteca AOAL**

“Com o objetivo de emprestar livros aos doentes em tratamento, seus familiares e/ou cuidadores e aos profissionais de saúde, a Associação Oncológica do Alentejo criou uma biblioteca. Se pretender ler algum destes livros dirija-se à AOAL e faça a sua requisição”

Vários estudos demonstram que existem estratégias que diminuem o nível de ansiedade antes e durante o tratamento de quimioterapia, que podem facilitar a redução de alguns dos sintomas, como a dor, ansiedade, náuseas e stress. A leitura poderá ser uma dessas estratégias. “ (AOAL, 2014).

## Anexo 16

### A MUSICOTERAPIA



Fig.13 - Folheto Musicoterapia. AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

#### Objetivos:

- Promover relações entre os diversos doentes e cuidadores familiares presentes;
- Desenvolver a comunicação entre os mesmos, partilha de experiências e dúvidas existentes no processo de cuidado e tratamento;
- Criar um espaço de reflexão, auto-expressão e relaxamento.

Todas as Segunda-feira | 16.00 – 17.30

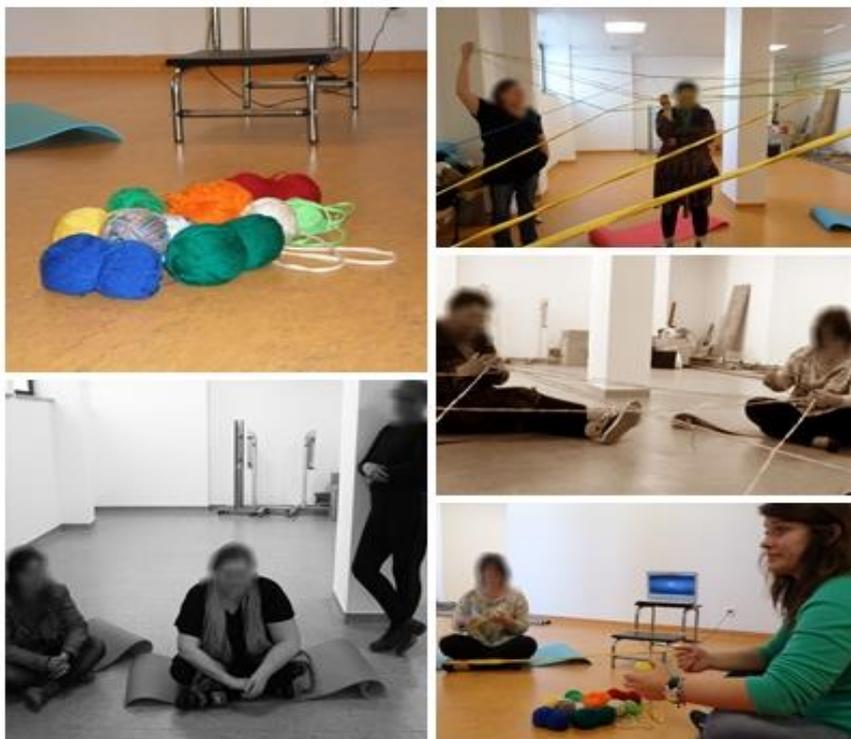
Início: 2 de Setembro

As inscrições são gratuitas para os sócios da Associação Oncológica do ALENTEJO

Inscrição na sede da AOAL ou pelos contactos: [geral@aoalentejo.org](mailto:geral@aoalentejo.org) | 266746009



Fig.14 - Sessões de musicoterapia. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



## Anexo 17

### Folheto Grupo Ostomia

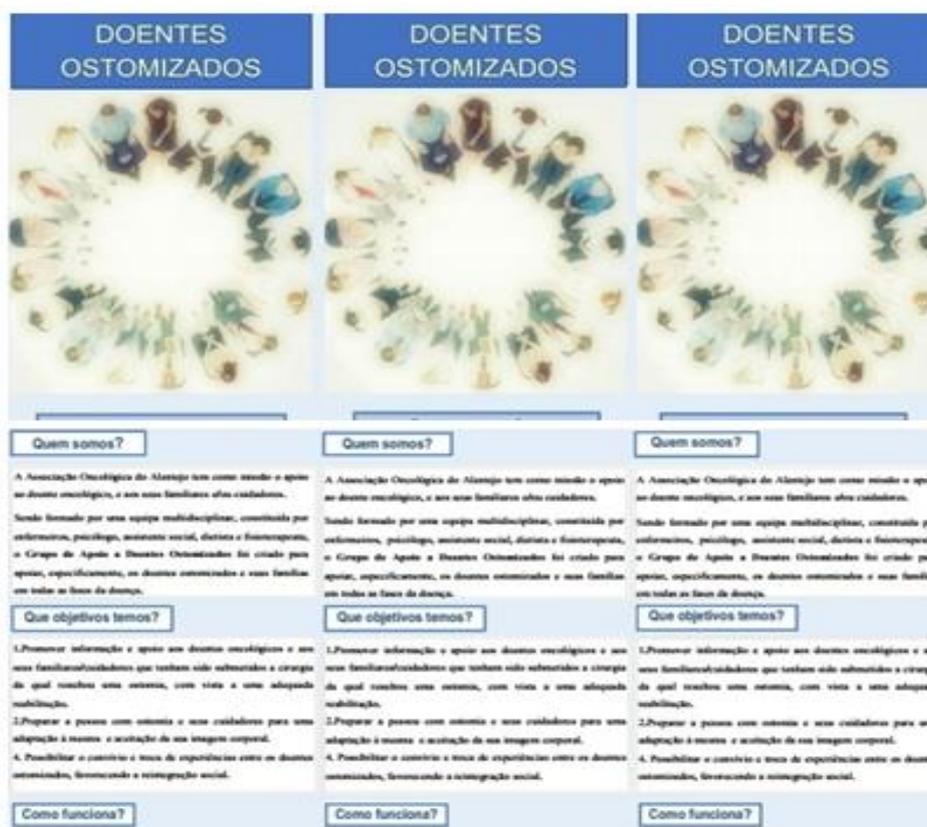


Fig.15- Folheto Grupo Ostomia. (Elaboração própria). Ed. Imagem: Jorge Piteira.

## Anexo 18

### Consultas de psicologia

#### Participação numa consulta de psicologia: descrição da atividade

A presente consulta a que pude assistir e participar destinou-se a um casal de idosos, neste caso doentes oncológicos do hospital de Évora, onde se verificou a aplicação prática da psicologia à doença oncológica. O casal revelava-se com algumas tensões entre si derivadas a alguns distúrbios que neste caso o marido apresentava e por isso deste modo, a consulta dividiu-se em duas, tendo sido realizada inicialmente à Dna. "X", sua esposa.

A Dna. "X", recorre a esta consulta como forma de a poder assim ajudar a ela e o seu marido nesta situação.

De acordo com a descrição da Dna."X", o seu marido, apresentava alguns distúrbios como, o facto de deixar tudo desarrumado, sintomas de alzheimer, constante vontade de comer, desorientação e dependência. Segundo um TAC efetuado, verificou-se que a falta de memória se poderia explicar numa atrofia cerebral que este revelava na parte frontal temporal do cérebro. Todos estes fatores levaram a que a Dna."X", acaba-se por ser sua cuidadora, situação que acaba ser muito desgastante para esta, pois para além de ter de lidar com estes distúrbios ainda tinha de prestar muita atenção ao seu marido. Foi então neste sentido que procurou ajuda, explicando a situação à psicóloga Soraia Miguéis, referindo como se sentia perante esta, e revelando alguns dos seus problemas de saúde. Para além da inquietação e cansaço a Dna."X", apresenta alguns problemas a nível de ossos, fibromialgia e *síndrome de Meniere*.(tonturas, vômitos, desequilíbrio do ouvido interno).

Perante uma análise do estado de saúde da Dna. "X", a Dra. Soraia Miguéis elabora uma carta à sua médica de família a pedir a realização de alguns exames, para poder fazer uma análise mais detalhada do seu estado de saúde físico-psicológico.

*" A Dna. "X", apresenta queixas de cansaço cerebral e físico, nomeadamente pela falta de certa medicação que não administra (vários nomes de fármacos geram confusão). Refere queixas significativas relacionadas com um diagnóstico prescrito à 3/5 anos de Síndrome de Menière. A utente demonstra vontade de voltar a realizar os exames necessários de imagiologia, tais como a TAC e a ressonância de forma a visualizarmos possíveis conseqüências e validar tratamentos para realizar." (Soraia Miguéis, 2014).*

A Dna. "X", vai então voltar a realizar estes exames e marcar nova consulta quando tiver os resultados, para a psicóloga poder analisar.

Verificamos assim aqui outra das atividades /serviços que a AOAL pode disponibilizar não só aos doentes oncológicos mas também familiares/ cuidadores, através de ações que levam ao prol do seu bem-estar, não só físico mas também psicológico.

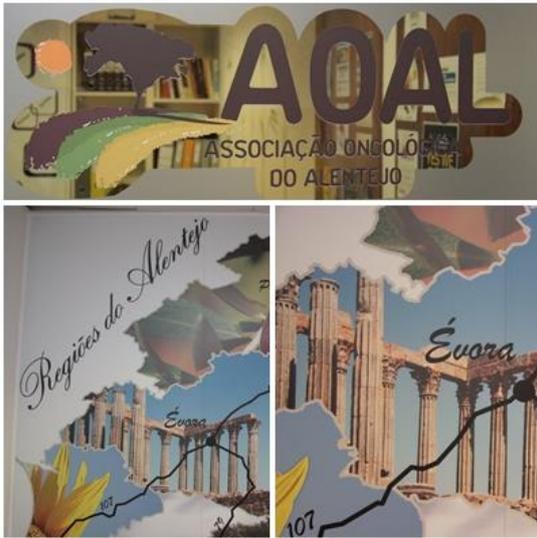


Fig.16- AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.17-CADO. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.18-Estagiária e Orientadora. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.19-Valores AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.20- Encontros para a saúde. AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.21- Folhetos vários. AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.22- Folheto Serviços AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.23- Folheto Serviços AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.24-Gala de Solidariedade da AOAL 2014. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.25- Materiais existentes na AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.26- Missão Sorriso AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

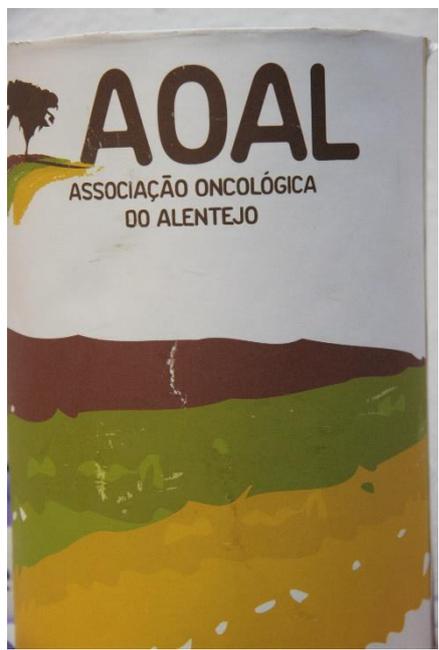


Fig.27- Campanha Moedas AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.



Fig.28- Vários Posters AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

## Associação Oncológica do Alentejo abre "portas" para dar apoio a doentes e famílias

Marina Pardal

Foi em Julho de 2009 que a Associação Oncológica do Alentejo (AOAL) nasceu, mas só agora foi possível ter uma "casa" própria. Na passada segunda-feira, foi inaugurada a sede que fica situada num espaço cedido pela Lenicare / Unidade de Radioterapia do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), no edifício do Patrocínio.

De acordo com Maria Horta, presidente da Direcção da AOAL, "agora os doentes oncológicos têm aqui não só a sede da associação, como o centro de atendimento e apoio ao doente oncológico, onde encontram a assistente de Direcção e fisioterapeuta, Carla Correia".

Acrescenta ainda que "a associação zela pelos doentes oncológicos e seus familiares, no sentido de lhe dar o mais diversificado apoio", explicando que "esse apoio abrange as áreas social, psicologia, espiritual, jurídica, nutrição, fisioterapia e reiki".

Maria Horta salienta que "muitas vezes, somos nós que temos de ir ao encontro do doente, mas é relativo, pois depende de cada pessoa". A esse respeito, recorda que "temos de ter



O director do serviço de Oncologia do HESE, Sérgio Barroso, e a presidente da Direcção da AOAL, Maria Horta.



A sede da AOAL está situada num espaço cedido pela Lenicare / Unidade de Radioterapia do HESE, no edifício do Patrocínio.

em atenção as características do doente oncológico no Alentejo, que na sua maioria é uma população envelhecida, com pouco nível de escolaridade, que vem do interior, que se desloca em transportes e tudo isso é inibidor de ir à procura de informação".

A presidente da Direcção destaca ainda que "temos de ir junto dos doentes e das famílias, pois são elas o pilar dos doentes e se a família se

vai abaixo, o doente fica sem apoio", frisando que "assumimo-nos como o provedor do doente oncológico, atendendo-o quando ele tem uma dívida, precisa de alguma coisa ou quer fazer uma reclamação".

O director do serviço de Oncologia do HESE, Sérgio Barroso, foi um dos sócios fundadores da AOAL e evidencia "o papel de ligação entre o doente e as famílias e com as várias instituições na defesa dos direitos

do doente oncológico, mas também na procura de ligações com outras instituições, quer da região, quer até internacionais".

O médico refere que a AOAL tem "um papel decisivo num aspecto que consideramos fundamental que é a qualidade de vida do doente oncológico", ao mesmo tempo que tenta "pôr o doente a participar mais nas decisões em relação à sua doença", conclui.

Fig.29- Notícia sobre a AOAL. Ed. Imagem: Jorge Piteira.

