

# **PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL**

**Sara Mónica Tavares Rodrigues de Sousa**

**Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor José Alberto Reis**

**Relatório de estágio apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do  
Porto para cumprimentos dos requisitos necessários à obtenção de grau de  
mestre em Gerontologia Social.**

**Outubro de 2013**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus que me criou, que me deu todo o meu ser e, juntamente com a Virgem Maria esteve sempre presente em todos os momentos bons e difíceis da minha vida.

Ao Papa João Paulo II e à Madre Teresa de Calcutá, que foram duas das pessoas que mais admirei.

Aos meus avós que, apesar de já terem partido, permanecem vivos no meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Residência Bella Vida Viana pela realização do meu estágio.

Aos residentes, pela sua simpatia e colaboração no meu trabalho.

A toda a equipa, pela disponibilidade e amabilidade com que me receberam.

À Catarina Macedo – Gerontóloga, que me acompanhou sempre, por toda a sua colaboração na realização do meu estágio.

À Sónia Silva – Diretora Técnica e minha coordenadora de estágio, por todo o acompanhamento que me deu.

Um agradecimento muito especial à Isabel Costa, Administradora desta residência e minha amiga, pois foi ela quem me transmitiu todo o interesse e gosto por esta área de trabalho e me incentivou a tirar o mestrado.

Ao Professor Doutor José Alberto Reis, pelo seu tempo e total disponibilidade, pelos incentivos, pela paciência, amabilidade e partilha de conhecimentos, fundamentais para a realização do meu trabalho.

À Minha família, por toda a sua ajuda, em especial ao meu pai, pelo apoio e motivação que sempre me deu.

Aos colegas de trabalho, que também são amigos, pela ajuda e incentivos que sempre me deram.

À D. Fátima Martins do ISSSP, por toda a sua amabilidade e colaboração.

À Tânia e à Glória da biblioteca do ISSSP, pela ajuda na pesquisa bibliográfica.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Rute, Luís e Ilda, pela interajuda e camaradagem.

A todos os meus amigos que fazem parte da minha vida, que me incentivaram e compreenderam a minha “ausência” nestes dois anos.

## RESUMO

Nas sociedades atuais, o aumento do número de idosos é uma realidade inevitável e tendencialmente crescente, fruto de uma maior longevidade humana e das alterações demográficas das sociedades desenvolvidas. O envelhecimento tornou-se num problema social e tem despoletado desafios a vários níveis, entre os quais o aparecimento e crescimento de respostas sociais, sendo os lares uma delas.

Neste contexto, é importante percebermos se os lares são espaços onde se vive de forma passiva e apática ou se são estruturas que promovem o envelhecimento ativo e a participação social. Este estudo vai debruçar-se sobre a participação social na vertente da manutenção das relações sociais e bem-estar dos idosos tendo sido, para tal, analisada a participação daqueles que estão institucionalizados na Residência Bella Vida Viana, com o objetivo de percebermos qual o grau de adesão às atividades e os seus motivos e adequação.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa que contemplou entrevistas aos idosos da amostra e aos técnicos - gerontóloga e diretora técnica -, observação participante e recolha de dados documentais. Na observação das condições físicas e de funcionamento, foram utilizados os instrumentos ICOF e ICAF do Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais - Lares de Idosos, adaptado do modelo “SERA – Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos”(Ballasteros, 1996), para a realidade portuguesa.

Do estudo feito, verificou-se a existência de dois grupos de idosos: um, composto por aqueles que convivem bem com todos os outros, incluindo os mais dependentes e com demências; e o outro, um grupo composto por pessoas com formação académica e nível cultural superior ao dos outros residentes e que apresenta um comportamento mais “elitista”. A análise dos resultados mostrou-nos, no entanto, que ambos os grupos têm uma participação idêntica nas atividades socioculturais e lúdico-recreativas, sendo que o grupo mais “elitista” participa menos nas atividades quotidianas mais populares (jogos de mesa) e mais nas atividades religiosas. O grau de participação e satisfação é bom, sendo de salientar que o tipo de atividades desenvolvidas é compatível com as

exigências de um envelhecimento ativo com preocupação de estimulação cognitiva e de criação de laços entre os residentes.

## ABSTRACT

In modern societies, the increasing number of old people is an inevitable reality and there is a tendency for it to increase, as the result of greater human longevity and of the demographic changes in developed societies. Ageing has become a social problem and has resulted in challenges at different levels, including the appearance and growth of social answers, one being nursing homes.

In this context, it is important to know whether the nursing homes are places where people live passively and apathetically or if they are structures that promote active ageing and social participation. This study will focus on the social participation in the maintenance of social relationships and in the well-being of the elderly. For this, the participation of institutionalized elderly in the Bella Vida Viana Residence was analyzed, with the aim of understanding the adherence rate of the elderly to the activities and their motives and also, whether the activities are appropriate for the elderly.

A qualitative methodology that included interviews to a sample of the elderly, and to the technicians - gerontologist and technical director was used, and it also included participant observation and data gathering. In the observation of the operating and the physical conditions, the instruments ICOF, ICAF and ICPR of the Multidimensional Social Facilities Assessment System - Nursing Homes, adapted from the model 'SERA - Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (Ballasteros, 1996), to the Portuguese reality.

From the study, two elderly groups were found: one made up of elderly who live well together and spend time with each other, including the most dependent and suffering from dementia; and the other group made up of people with academic training, that have a higher cultural level than that of the other residents and who behave in a more "elitist" way. The analysis of the results, however, demonstrated that both groups have a similar participation in sociocultural, fun and recreational activities, being that the more "elitist" group doesn't participate in the more popular daily activities (table games) and participates more in religious activities. The degree of involvement and

satisfaction is good, and the type of activities promoted should be highlighted as being in accordance with the requirements of active ageing with the concern of cognitive stimulation and of bond creation among residents.

## RESUMÉ

Dans les sociétés modernes, le nombre croissant de personnes âgées est inévitable et accroît de plus en plus, ce résultat se doit à une plus grande longévité humaine et aux changements démographiques des sociétés développées. Le vieillissement est devenu un souci social et a déclenché divers défis aux différents niveaux, y compris l'apparition et la croissance des réponses sociales où les maisons de retraite peuvent être une solution.

Dans ce contexte, il est important de comprendre si les maisons de retraite sont des lieux où les personnes âgées vivent d'une forme passive et apathique ou si elles sont des structures qui favorisent le vieillissement actif et la participation sociale. Cette étude se penchera sur l'aspect de la participation sociale dans le maintien des relations sociales et le bien-être des personnes âgées, ayant la participation des résidents de l'institution de la Bella Vida Viana, afin de nous apercevoir le degré de leurs adhésion aux activités et motivations, et si ces activités leurs sont appropriées.

Pour cette recherche, une méthodologie qualitative a été utilisée, composée par des entrevues aux personnes âgées, aux techniques gérontologiques, à la directrice technique, à l'observation et à la collecte de données documentaire. Pour l'observation des conditions de fonctionnement et les conditions physiques, les instruments ICOF, ICAF et ICPR du Système d'Évaluation Multidimensionnelles des Services Sociaux - Maisons de retraite, adapté du modèle "SERA – Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (Ballasteros, 1996), pour la réalité portugaise, ont été utilisés.

De cette étude, on a été constaté qu'il y avait deux groupes de personnes âgées: un composé de personnes âgées qui vivent bien avec tous les autres, y compris les plus dépendants et avec des démences, et l'autre est un groupe de personnes avec un niveau académique et culturel supérieur aux autres résidents et qui se comporte plus «élitiste». Les résultats nous ont montrés, cependant, que les deux groupes ont un intérêt similaire aux activités socio-culturelles, ludiques et récréatives et que le groupe plus «élitiste» ne participent pas aux activités quotidiennes les plus populaires (jeux de table) mais participe plus aux activités religieuses. Le degré de la participation et de la satisfaction

est bon, en soulignant que le type d'activités développées est instruit aux exigences du vieillissement actif avec la préoccupation de la stimulation cognitive et une création des liens entre les résidents.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I – CONTRIBUTOS TEÓRICOS .....	5
CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	5
Envelhecimento – conceito geral .....	5
1.1 Abordagens do envelhecimento .....	7
1.1.1 Envelhecimento biológico, psicológico e social.....	8
1.1.2 Envelhecimento ativo e participação social .....	14
1.1.3 Envelhecimento ativo e animação sociocultural .....	16
1.2 Envelhecimento e redes sociais.....	20
1.2.1 Identidade do idoso e sentimento de pertença.....	25
1.3 A Institucionalização – os espaços institucionais.....	30
1.3.1 Os lares de idosos .....	33
1.3.2 Os espaços institucionais – a organização e o significado dos lugares .....	34
PARTE II – REALIDADE EMPÍRICA.....	39
CAPÍTULO 2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	39
2.1 Objetivos do estudo.....	39
2.2 Justificação da escolha da metodologia qualitativa.....	39
2.2.1 Métodos e técnicas utilizadas na recolha e tratamento da informação.....	41
2.3 Seleção e critérios da amostra .....	43
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA INSTITUIÇÃO.....	51
3.1 Caraterísticas dos edifícios e organização dos espaços.....	53
3.1.1 Caraterísticas Arquitetónicas.....	53
3.1.2 Espaços comuns e espaços privados .....	54
3.2 Organização e funcionamento.....	55
3.3 Direção e colaboradores .....	58
3.4 Os residentes .....	62

CAPÍTULO 4 – ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL.....	67
4.1 Processo de Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal – Manual da qualidade .....	67
4.2 Processo de planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal na residência Bella Vida Viana .....	69
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES .....	74
5.1 Descrição das atividades no mês de Dezembro de 2012.....	74
5.2 Análise e conclusões da participação dos dez idosos da amostra .....	78
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES e PISTAS DE INVESTIGAÇÃO .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	106

## ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

### CAPÍTULO 1

Quadro 1 – N° de equipamentos sociais no continente entre 1991 e 2011.....	32
Gráfico 1 – Evolução do n° de equipamentos sociais no continente entre 1991 e 2011.....	32

### CAPÍTULO 2

Quadro 2 – Caraterização dos idosos da amostra.....	45
---	----

### CAPÍTULO 3

Quadro 3 – Caraterização dos colaboradores da residência.....	59
Quadro 4 – Caraterização dos idosos por faixa etária.....	63
Gráfico 2 – Estado de saúde / patologias dos idosos.....	64
Gráfico 3 – Classificação dos idosos por habilitações literárias.....	65
Quadro 5 – Classificação dos idosos por classe profissional.....	66

### CAPÍTULO 5

Quadro 6 – N° de actividades realizadas em Dezembro.....	77
Quadro 7 – Classificação das actividades realizadas em Dezembro.....	78
Gráfico 4 – Percentagem das actividades realizadas em Dezembro.....	78
Gráfico 5 – Percentagem de participação nas actividades pelo Grupo A.....	81
Gráfico 6 - Percentagem de participação nas actividades pelo Grupo B.....	84
Gráfico 7 - Média das actividades realizadas pelo Grupo A.....	86
Gráfico 8 - Média das actividades realizadas pelo Grupo B.....	87
Quadro 8 – Média das actividades realizadas pelos Grupos A e B.....	87
Gráfico 9 - Média das actividades realizadas pelos Grupos A e B.....	88

## ÍNDICE DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

APDASC – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

SAMES – Lar – Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais –  
Lares de Idosos

ICOF – Inquérito às Características de Organização e Funcionamento

ICAF – Inquérito às Características Arquitetónicas e Físicas

ICPR - Inquérito às Características do Pessoal e Residentes

PADP – Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal

PDI – Plano de Desenvolvimento Pessoal

## INTRODUÇÃO

No contexto das nossas sociedades atuais, o envelhecimento é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana e da alteração da própria realidade social.

Nesse sentido torna-se importante percebermos o conceito de envelhecimento e as suas dimensões. O que é o envelhecimento? Haverá apenas um tipo de envelhecimento?

Vários autores referem que o envelhecimento está associado a cinco dimensões: cronológica, fisiológica, biológica, psicológica e social. Para Fonseca (2004), a idade cronológica é o tempo que vivemos desde que nascemos; Fernandes (2002) diz-nos que a idade biológica corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas; quanto ao envelhecimento psicológico, Sequeira (2010) refere que este se pode traduzir na mudança de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo; no entender de Ballasteros (2009) o ser humano é bio-psico-sociocultural, pelo que o processo de envelhecimento é um processo contínuo e dinâmico e interage com fatores externos socioculturais, económicos e ambientais.

Atendendo ao fenómeno da transição demográfica nas sociedades desenvolvidas, a velhice passou a ser um problema social, principalmente para os idosos sem retaguarda familiar ou em situação de especial vulnerabilidade. Face a esta realidade, a própria sociedade viu-se obrigada a criar políticas de apoio social para os idosos, tendo-se verificado o aparecimento de respostas sociais e o crescimento do número de equipamentos sociais e, conseqüentemente, o alargamento do espaço de intervenção social. Os lares constituem uma dessas respostas, estando destinados a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente onde se desenvolvem atividades de apoio social e cuidados de enfermagem ([www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)). Em Portugal existem três tipos de lares: os públicos, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e os lares privados.

Coloca-se aqui uma questão: serão os lares espaços onde se vive frieza e apatia, como se se reduzissem a uma situação humana destinada a seres mumificados e acamados, situação desadaptada às necessidades da terceira idade? Ou serão estruturas destinadas a promover o envelhecimento ativo, a participação social, um conjunto de atividades e de ações de cariz cultural, recreativo, social, educativo que envidam esforços para a preservação-da identidade dos idosos?

No sentido de encontrar respostas para esta questão, torna-se essencial analisar os espaços institucionais, pois o contexto físico pode favorecer ou diminuir a preservação da autonomia, da identidade dos idosos, a capacidade de escolher, a privacidade e intimidade, o estabelecimento de relações e o próprio interesse pela vida.

Este trabalho consiste na elaboração do relatório do estágio realizado na Residência Bella Vida Viana, detida pela empresa Estialiving – Residência de Viana, S.A. situada em Viana do Castelo, no período de Novembro de 2012 a Fevereiro de 2013. Constatou-se duas tarefas principais: acompanhamento e participação nas atividades com os idosos (que decorreram durante o período do estágio), e participação na elaboração do Plano Atividades de Desenvolvimento de Pessoal para o primeiro semestre de 2013.

O objetivo deste estudo é analisar detalhadamente um mês de atividades na Residência Bella Vida Viana, - Dezembro de 2012 - para perceber o grau de adequação das atividades às necessidades das pessoas e identificar os fatores determinantes na adesão às mesmas atividades.

No sentido de obter as respostas que permitam atingir o objetivo, apresentam-se três hipóteses:

- 1) As pessoas aderem às atividades de acordo com os seus interesses e gostos;
- 2) As pessoas aderem às atividades em função das suas capacidades físicas e mentais objetivas ou interiorizadas;
- 3) Há dinâmicas de grupo e questões de relacionamento interpessoal que influenciam a adesão.

No sentido de melhor atingir o objetivo, foi feita uma análise à instituição no que toca aos seus espaços, às suas regras de funcionamento, aos idosos e aos colaboradores.

A metodologia utilizada foi a qualitativa, que permite observar a interação do sujeito - sociedade e, em simultâneo, compreender os factos e as emoções que os acompanham e como se repercutem na sua vida, sendo necessária a participação e o contacto com o seu quotidiano.

O método de estudo de caso utilizado consiste no exame intensivo porque nos permite analisar em profundidade as características e opiniões da população determinada, segundo vários ângulos e pontos de vista. Neste tipo de método, privilegia-se a abordagem direta das pessoas nos seus próprios contextos de interação.

Quanto às técnicas utilizadas destacam-se as entrevistas exploratórias, as entrevistas semidiretivas, a análise de conteúdo e a observação direta.

A análise da instituição realizou-se com base na recolha de informação feita através do Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais – Lares de Idosos, SAMES – LAR. No nosso caso em particular foram usados três instrumentos: o inquérito respeitante às características físicas e arquitectónicas (ICFA), o de organização e funcionamento (ICOF) e o do pessoal e residentes (ICPR).

A amostra foi seleccionada tendo por base apenas algumas componentes muito típicas, ainda que não estritamente representativas, da população, pois estuda apenas algumas componentes da população. Ou seja, atendendo ao objetivo deste estudo, e no sentido de se conseguir perceber melhor a participação dos residentes nas atividades de desenvolvimento pessoal, foi seleccionada e definida a amostra de idosos que são autónomos e que possuem todas as capacidades físicas e cognitivas necessárias à participação em todas as atividades do PADP.

Esta amostra é constituída por dez idosos que foram divididos em dois grupos: o Grupo A e o Grupo B. O primeiro é grupo (Grupo A) compõe-se de cinco idosos, que participam em quase todas as atividades e aceitam muito bem o convívio com todos os outros, mesmo os que têm demência. O segundo grupo (Grupo B) é composto por quatro senhoras e um senhor totalmente independentes e autónomos que apreciam mais a convivência com um grupo mais restrito de residentes e não participam em todo o tipo

de atividades realizadas. São pessoas que gostam de organizar uma parte do seu tempo a fazer coisas fora da Residência.

Pretendemos perceber quais as diferenças e semelhanças na participação nas atividades por parte destes dois grupos distintos.

O relatório está organizado em duas partes: a primeira representa as principais orientações e posicionamentos teóricos que constituem a base da investigação. Na segunda parte, são enunciadas e fundamentadas as opções metodológicas aplicadas nesta investigação, é realizada uma análise à instituição e ao processo de planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal, sendo posteriormente apontados os resultados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões e pistas para investigações futuras relacionadas com este tema.

## **PARTE I – CONTRIBUTOS TEÓRICOS**

### **CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO**

#### **Envelhecimento – conceito geral**

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana.

Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida, à qual se associa um crescimento da população idosa. Esta é uma vitória incontestável das sociedades desenvolvidas.

Atendendo à crescente importância que o envelhecimento foi adquirindo, torna-se relevante analisar o seu conceito, embora não seja fácil defini-lo com exatidão.

No entender de Fonseca (2004), envelhecimento e velhice nem sempre são tratados com precisão pela psicologia, em grande parte devido às dificuldades inerentes à própria delimitação dos conceitos. São levantadas algumas questões como: quando termina a idade adulta e começa a velhice? Quando se inicia o processo de envelhecimento e em que consiste? Este autor diz-nos que a noção de idade é, normalmente associada à idade cronológica, ou seja, o tempo que vivemos desde que nascemos. No entanto, há outras componentes que também estão associadas ao envelhecimento, como a biológica, a psicológica e a sociocultural.

Outros autores partilham desta opinião: Fernandes (2002) diz-nos que a velhice implica a existência de três conceitos: a idade cronológica, que corresponde à idade oficial; a idade biológica, que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas mais observado em cada grupo etário; e a idade psicológica que pode não depender da idade cronológica, nem do estado orgânico.

No entender de Ballasteros (2009), o envelhecimento pressupõe um processo biológico em que se verifica um declínio na eficiência e eficácia de todos os sistemas biológicos e, como consequência, ao longo desse processo vai verificar-se o aumento da vulnerabilidade e doenças crônicas e agudas. Mas o ser humano é bio-psico-sociocultural, pelo que é um agente que se vai construindo ao longo da vida. Assim, *“todo o processo é contínuo e dinâmico, através do qual o indivíduo como organismo biológico e as suas condições comportamentais e psicológicas interagem reciprocamente com os fatores externos socioculturais, económicos e ambientais. Durante o processo de envelhecimento, o que o ser humano faz, pensa e sente e o modo como atua com as circunstâncias ambientais e históricas é decisivo na forma de envelhecer”* (Ballasteros, 2009: 22).

Para Tomaz, Melo, Pinheiro e Costa (2002) a velhice é o processo normal de envelhecimento do ser humano, que implica uma série de alterações de ordem fisiológica, biológica, psicológica e social. Essas transformações vão-se acumulando durante toda a trajetória de vida, de tal forma que o indivíduo, na terceira idade apresenta especificidades e características que o distinguem das pessoas de outros escalões etários.

Segundo Zimerman (2000: 21) *“envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais, podendo-se verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um”*. Este autor refere ainda que o desgaste é inevitável, com o passar dos anos. A velhice não é uma doença, mas sim, uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças; nesta fase as pessoas adoecem mais rapidamente e, quando isso acontece, demoram mais tempo a recuperar.

Atendendo à opinião de Ribeiro (2008), a última etapa da vida é caracterizada pela existência de declínios do desenvolvimento mais acentuados que exigem um confronto diário com a diminuição das capacidades e com a probabilidade de aparecimento de doenças. Esta situação pode levar ao aparecimento de mecanismos de desequilíbrio psíquico, que pode, no entanto, ser moderado por manifestações do

potencial individual para motivar processos compensatórios que assegurem a continuação de um desenvolvimento possível.

Fonseca (2008) diz-nos que o fator individual é determinante para a existência de diferentes percursos de envelhecimento, mantendo uma idêntica satisfação de vida e alcançando um idêntico sucesso. Daí existirem diferenças sensíveis quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre, quer de acordo com o contexto cultural de referência, quer de pessoa para pessoa relativamente a diversos aspetos tidos geralmente como determinantes para o seu bem-estar, como sejam as condições económicas, a saúde física, as redes sociais de pertença e de apoio, ou o grau de satisfação de necessidades psicológicas.

Para Serrão (2008), o envelhecimento traz perdas e ganhos. No que concerne às perdas, as capacidades físicas do ser humano vão-se perdendo à medida que a idade avança. Salienta-se a perda da resistência física na marcha e na corrida, a visão mais limitada e a diminuição da audição. Mas há também ganhos que se traduzem basicamente na sabedoria adquirida, em grande parte, pela experiência de vida.

## **1.1 Abordagens do envelhecimento**

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida. É um processo, no qual apenas as alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas são indicadores da velhice. Isto significa que ninguém fica “velho” de um momento para o outro, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”.

O processo de envelhecimento decorre ao longo do tempo em três dimensões: biológica, psicológica e social. A componente biológica (senescência) reflete uma vulnerabilidade crescente, da qual resulta uma maior probabilidade de morrer; a componente psicológica é definida como a capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência e à componente social que diz respeito aos papéis

sociais apropriados às expectativas da sociedade em relação a este nível etário (Schroots & Birren, cit in Fonseca, 2006: 55).

### **1.1.1 Envelhecimento biológico, psicológico e social**

O envelhecimento como etapa de vida não é apenas um processo biológico inevitável, mas implica também modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada. (Sequeira, 2010).

O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo. Verifica-se uma diminuição acentuada da regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos. O declínio de alguns sistemas sensoriais condiciona o contacto com o meio ambiente e dificulta as ações do quotidiano, e essas alterações nos vários sistemas do corpo humano fazem com que o idoso se encontre mais propenso ao aparecimento de diversas patologias (Sequeira, 2010).

Citando Yates (in Fonseca, 2006: 58) “*o envelhecimento manifesta-se quer pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, quer de modo inespecífico pela falha de cooperação entre componentes biológicos, quer ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade de cooperação entre componentes biológicos, quer ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica*”. Segundo Yates, mesmo sem o aparecimento de patologias, a idade cronológica implica uma maior probabilidade de adoecer e de morrer, consoante a vulnerabilidade do indivíduo idoso, que é tanto maior quanto maior a exposição a acidentes e a acontecimentos stressantes, bem como a doenças e a incapacidades várias. Há também outros fatores que influenciam a vulnerabilidade: o ambiente físico onde se vive; o ambiente social e o envolvimento em diversas atividades de aprendizagem, culturais, religiosas; o estilo/hábitos de vida (nutrição, exercício físico, sono, lazer, atividade sexual, atividades de risco, consumo de drogas); os recursos cognitivos, materiais e a própria atitude face à vida.

Neste contexto, verifica-se a importância da manutenção de uma atividade física regular que constitui uma forma de compensação, contribuindo para a preservação das estruturas orgânicas e do bem-estar, aos quais se associa uma menor degeneração neurofisiológica.

Saldanha (2009) inúmeras alguns tipos de atividades físicas adequadas aos idosos, intimamente ligadas ao envelhecimento bem-sucedido, através da promoção do bem-estar e da funcionalidade do corpo, tais como:

1. tarefas da vida cotidiana como por exemplo, ir às compras,
2. tarefas domésticas leves, jardinagem, passear, etc.;
3. atividades físicas em grupo como por exemplo, marcha lenta, danças de salão, ginástica rítmica, hidroginástica, andar de bicicleta, golfe, etc.

As alterações corporais no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo. Também os fatores patológicos, genéticos, ambientais e do contexto sociocultural em que o idoso se encontra inserido, bem como a forma como organiza e vivencia o seu projeto de vida têm influência no envelhecimento psicológico (Sequeira, 2010). Deste modo, a história de vida, o sistema de valores e o contexto social, apesar da sua subjetividade são determinantes para o envelhecimento bem-sucedido. A forma como cada um se vê e se sente inserido, com as suas características peculiares, é fundamental na sua interação com o meio e, conseqüentemente, na obtenção de um maior ou menor grau de bem-estar. Isto tem repercussões ao nível da satisfação pessoal (percepção do desempenho) e promove o sentimento de competência.

Birren & Cunningham (cit in Fonseca, 2006:63) consideram que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico reflete o comportamento dos indivíduos ao longo da vida, ou seja, a forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos.

Segundo Fonseca (2006), há estruturas latentes como emoções, cognições e motivações, que influenciam o comportamento, ou seja, estruturas que existem devido a experiências anteriores e que interagem com situações presentes. Além disso, nas fases iniciais da vida humana, os sinais de desenvolvimento são mais visíveis do que os sinais de envelhecimento, ocorrendo o inverso na fase terminal da vida humana.

Baltes e Baltes (1990) apresentam um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, no qual o idoso saudável mantém a funcionalidade em domínios específicos que dão sentido e significado à sua existência e através da qual garantem uma compensação relativamente às possíveis perdas associadas ao envelhecimento.

A sociedade, de forma mais ou menos explícita, afasta os idosos do processo produtivo, pelo que devem ser criadas plataformas para o seu envolvimento em projetos associados ao prazer e bem-estar.

Para a maioria dos idosos, o envelhecimento normal apresenta uma variedade de alterações cognitivas que não têm implicações nas atividades diárias, uma vez que existem alguns fatores que contribuem para a manutenção do funcionamento face a um declínio cognitivo ligeiro. Destas alterações destacam-se o processamento da informação e a memória de trabalho (Park 1999).

As nossas capacidades cerebrais sofrem modificações; perde-se capacidade de aprendizagem comparativamente com os jovens adultos e perde-se principalmente velocidade no processo da informação.

Mas o facto de o idoso ter necessidade de mais tempo para perceber e agir não é sempre necessariamente uma desvantagem. Todos nós recordamos situações em que gostaríamos de ter demorado mais um pouco a pensar antes de agir, evitando inúmeros conflitos e consequentes problemas nas nossas vidas.

Segundo Nunes (2008), se é certo que algumas capacidades cognitivas e sensoriais (visão, audição, paladar) diminuem com a idade, no entanto, outras mantêm-se estáveis ou aumentam, tais como os conhecimentos acumulados, trazidos na chamada inteligência cristalizada, a qual permite aos ensaístas maduros mostrarem a sua extensa cultura. É essa a perspetiva do envelhecimento bem-sucedido, potencializar, a nosso favor e da sociedade, a experiência e o saber que o envelhecimento nos trouxe.

Na maioria das sociedades atuais é desvalorizado o saber dos mais velhos porque é dada demasiada importância à tecnologia. Contudo, todos concordam que preferem consultar um médico mais experiente do que um mais jovem, um piloto de

avião com muitas milhas ou um arquiteto de renome a zelar pela construção de um prédio.

O cérebro humano necessita de diversidade, de estímulo, de entusiasmo na realização de tarefas (Nunes 2008). Por esse motivo, a criatividade, a motivação e manter-se mentalmente ativo (ler, fazer palavras cruzadas, participar em jogos, aprender novas coisas, etc.) é fundamental para compensar essas alterações cognitivas naturais do envelhecimento. Note-se que a criatividade mantém-se ao longo da vida, talvez até aumente, se estimulada. É o caso de muitos escritores, pintores ou cineastas que produziram algumas das suas mais aclamadas obras muito depois da idade de reforma da maioria dos seus concidadãos. São exemplos disso Manoel de Oliveira, que depois dos sessenta e um anos, realizou vinte e cinco filmes e depois dos noventa e um anos, estreou sete filmes.

Para além dos aspetos já referidos, há também a componente social. Em termos familiares, o papel do indivíduo vai-se modificando ao longo do tempo – passa de responsável pela manutenção da família a um elemento mais, com um papel menos importante.

A família é um elemento essencial na vida de todos os indivíduos, pelo que tem uma grande influência no processo de envelhecimento. O cuidado familiar prestado aos idosos, continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos e é tanto mais importante quanto menor for a autonomia do idoso.

No entanto, a alteração da estrutura económica e social traduziu-se numa evolução estrutural nas famílias ao longo do tempo que se refletiu inevitavelmente na vida dos idosos. Assiste-se a uma desvalorização da velhice, que passa a ser encarada como uma espécie de doença, um fenómeno biológico inevitável e imutável, ao qual a sociedade responde com atos médicos e protecionismo resultando, em grande medida, no aumento da institucionalização (Fonseca, 2006).

Numa outra perspetiva, podemos constatar que alguns idosos têm um papel importante no seio da família, quando prestam auxílio no cuidado dos seus netos. Segundo Paúl (2005), parece haver ganhos na relação avós-netos, principalmente a nível

emocional e social, um conjunto de afetos para os idosos e as crianças, desde que esse apoio seja um complemento da guarda e educação das crianças, deixando espaço para outras atividades e interesses dos idosos.

No que toca à sua participação social, tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contactos intersociais. Isto pode ser explicado pelo falecimento de familiares e amigos, pela alteração da estrutura familiar (por exemplo, os filhos adultos vão trabalhar para outras localidades), bem como pela ausência de todas as pessoas que faziam parte do ambiente de trabalho. Assim, o isolamento dos velhos é institucionalizado e a velhice passa a ser encarada como uma doença social (Viegas e Gomes, 2007).

Esta questão é de extrema importância, pois interfere com o estado psicológico de cada indivíduo e conseqüentemente na contribuição para um envelhecimento saudável e feliz.

Saldanha (2009) diz que na velhice, o isolamento, solidão, tristeza e depressão, são muito frequentes, representando enormes fatores de risco para a má qualidade de vida e o aumento da morbilidade, que conduzem na maior parte das vezes à morte precoce.

Segundo Sequeira (2010), o momento da reforma, tantas vezes desejada, com a desvinculação ao mundo do trabalho, leva à diminuição da importância do idoso que, por vezes, passa a ser considerado inútil e problemático, o que pode contribuir para o seu isolamento. Fonseca (2005) refere que, do ponto de vista psicológico, o momento da passagem à reforma constitui um processo de transição-adaptação, que poderá implicar o aparecimento de alterações do funcionamento com conseqüências ao nível do bem-estar psicológico e social (muitas vezes pode significar o aparecimento de sintomas depressivos, de sensação de inutilidade).

Segundo Fontaine (2000), a participação social define-se por duas componentes: a manutenção das relações sociais e a prática de atividades produtivas. Destes dois aspetos depende a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjetivo e a satisfação de viver.

Muitos idosos sentem-se inúteis e sentem que não estão empenhados em qualquer atividade social produtiva.

Na opinião de Saldanha (2009), a data da aposentação deveria ser estipulada de forma livre pelos indivíduos, embora sabendo de antemão que é necessário haver uma data administrativa obrigatória para abandonar um determinado posto de trabalho, com o objetivo de dar lugar aos mais novos e que varia de país para país. Segundo esta autora, reformar-se não pode significar necessariamente que as pessoas se tornem sedentárias ou inativas. Todos os indivíduos deveriam ser ensinados a entender que a idade da reforma deverá ser aceite como o momento indicado para o indivíduo mudar de ocupação. A reforma não tem que ser o fim da vida ativa, antes pelo contrário, pode ser um tempo em que se abrem novas perspetivas, em que se podem desenvolver projetos sempre adiados.

No entanto, para analisarmos esta questão, temos que ter em conta os fatores económicos da sociedade na qual o idoso se insere. Por exemplo, se o indivíduo teve ao longo da sua vida e continua a ter um tipo de trabalho desgastante fisicamente, ou mesmo um tipo de trabalho monótono e repetitivo, a reforma para ele surge como um alívio.

Veras (1994) afirma que é necessário dar respostas a este novo contexto social do idoso, uma vez que não fariam sentido tantos esforços e novas iniciativas para prolongar a vida humana, se não se conseguissem criar condições adequadas para que o idoso pudesse, então, usufruir de qualidade de vida e bem-estar.

Após a retirada do meio profissional devido à reforma, todos os indivíduos deveriam ser aconselhados e ajudados a ter uma ocupação a seu gosto que poderia abarcar três grandes áreas da vida social: atividades de recreio, participação em atividades sociais de apoio, ou mesmo voluntariado nos mais diferentes campos da vida social.

### **1.1.2 Envelhecimento ativo e participação social**

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde propõe um novo conceito de envelhecimento – Envelhecimento Ativo, traduzindo este conceito num processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005:13).

Anteriormente falava-se em Envelhecimento Ótimo ou Bem-Sucedido, que, segundo Rowe e Kahn (1997) existe quando estiverem presentes três indicadores de envelhecimento saudável: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais; elevada capacidade cognitiva e física; e envolvimento ativo com a vida. Para estes autores, verifica-se que o envelhecimento é bem-sucedido apenas quando coexistem estes três elementos, ou seja, se não estiver presente um destes elementos, já não estamos perante um caso de envelhecimento bem-sucedido.

Na sequência do envelhecimento saudável estudado até essa data, surge o envelhecimento ativo, entendido como um modelo multidimensional, uma vez que esta perspetiva envolve questões de ordem pessoal, social, económica e comportamental que se relacionam com o meio físico envolvente e também com os serviços sociais e de saúde de que as pessoas usufruem ao longo da sua vida (Ribeiro & Paúl, 2011).

O novo paradigma surge como sendo mais consensual, no sentido em que se preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, por meio da manutenção da sua autonomia física, psicológica e social, da integração em sociedades seguras e ao assumirem cidadania plena.

Esta abordagem traduz uma preocupação em reconhecer os direitos humanos das pessoas mais velhas nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (OMS, 2005:14).

O modelo de envelhecimento ativo conforme retratado pela OMS considera que não há uma data concreta para envelhecer, mas há sim um processo que se estende ao longo de toda a vida, a par da construção da história individual de cada pessoa.

A nível individual, o envelhecimento ativo deve ser fomentado através de ações capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm sobre a sua vida. Os conceitos chave desta nova abordagem são a autonomia, considerada no sentido do controlo individual sobre a vida e a capacidade inalienável de decisão; a independência, nas actividades quotidianas e nas actividades instrumentais de vida diária, ou seja, a capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção básica do seu corpo e no exercício de competências de manipulação do mundo externo, igualmente essenciais à rotina diária; a expectativa de vida saudável, traduzível no tempo de vida que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais, e a qualidade de vida, a qual incorpora, de modo complexo, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida. Esta abordagem, emergindo de um posicionamento que enfatiza e apoia a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos vários aspetos que caracterizam o seu quotidiano, requer ações ao nível de três pilares básicos: a saúde, a segurança e a participação social (Ribeiro & Paúl, 2011).

No que concerne à participação social, vários são os estudos realizados sobre envelhecimento que abordam a questão da participação social e um elevado nível de atividade como condição essencial para uma velhice bem-sucedida.

Pode-se citar como exemplo, o modelo do envelhecimento saudável, defendido por Rowe e Kahn (1997), os quais consideram o envolvimento ativo com a vida como um dos fatores que contribuem para tal. O modelo do envelhecimento ativo avançado pela Organização Mundial de Saúde (2002) também nos fala da importância da participação social.

Durkheim (1897) estudou a realidade do suicídio e constatou que o isolamento e a ausência de relações com os outros são fatores que induzem a comportamentos suicidas, pelo que as relações sociais são fundamentais para o bem-estar do ser humano.

A participação social é composta por duas vertentes: a primeira é a manutenção das relações sociais e a segunda a prática de atividades produtivas (Fontaine, 2000). No que respeita a este tema e relativamente aos idosos, para este autor o isolamento é um fator de risco para a saúde, os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde e não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o fator essencial é a apropriação do apoio por parte da pessoa.

Kaufman (cit in Fontaine, 2000:154) demonstrou que *“um indivíduo não é considerado velho pelos amigos e pela família enquanto conservar atividades produtivas”*.

Também Guedes (2008) nos fala sobre esta questão. No seu entender, a estimulação dos idosos para participarem em atividades socialmente úteis, que promovam experiências de caráter social, cultural, lúdico poderá ser uma forma de motivar os idosos para aumentar o seu gosto pela vida, elevar a sua identidade e superar alguns dos seus sentimentos de vazio. Nesse sentido, a autora destaca a importância de implicar os idosos na gestão e planeamento das atividades e do quotidiano institucional para o desenvolvimento dos sentimentos de pertença.

### **1.1.3 Envelhecimento ativo e animação sociocultural**

Este estudo vai-se debruçar sobre a participação social na vertente de manutenção de relações sociais, e nesse sentido analisar-se-ão as atividades proporcionadas pela animação sociocultural.

Existem algumas definições para animação sociocultural. Para Fernandes (2008), a animação é uma prática estruturada e organizada, assente no conhecimento que se tem do meio, da população e dos indivíduos que a compõem. A animação sociocultural para idosos contribui para criar espaços individuais de autonomia e para potenciar autonomias nas pessoas a quem se destina, fornecendo identificações, adaptações e estruturas que permitam o reconhecimento e a apropriação individual de cada pessoa, implicando-a com os recursos de que dispõe no seu processo de vida.

Ander-Egg (2000:100) define a animação sociocultural como sendo “*um conjunto de técnicas sociais que, baseadas numa pedagogia participativa, tem por finalidade promover práticas e atividades voluntárias que com a participação ativa das pessoas desenvolvem-se no seio de um grupo ou numa determinada comunidade, e manifestam-se nos diferentes âmbitos das atividades socioculturais que procuram o desenvolvimento da qualidade de vida*”.

As atividades devem ser pensadas tendo em conta as características das pessoas com quem se vai intervir, ao nível do seu potencial e limitações, de forma a que se consiga atingir a autonomia e a vontade da própria pessoa.

Segundo Lopes (2006), a Animação Sociocultural na terceira idade surge em resposta a uma ausência ou diminuição da sua atividade e das suas relações sociais. Assim, a Animação Sociocultural tem como objetivo preencher esse vazio através da sua integração e participação voluntária em tarefas coletivas nas quais a cultura joga um papel estimulante.

Atendendo à opinião de Fernandes (2008), o processo de animação tem duas vertentes. No primeiro caso, o objetivo é envolver a pessoa no processo de animação, explorando o seu potencial e promovendo a capacidade de criar objetivos individuais, em aspetos que podem ser associados à manutenção de práticas quotidianas. Desta forma o indivíduo poderá manter e/ou melhorar o seu funcionamento, criando espaço para a manutenção da autonomia. A segunda situação diz respeito a um conjunto de tarefas, que para além da missão ocupacional, devem contemplar o processo de manutenção de capacidades, sejam elas quais forem, desde as meramente funcionais até às sensoriais. Este autor aponta alguns aspectos que devem ser tidos em conta no processo de animação com idosos, tais como: enquadrar a pessoa face às suas características e face ao meio em que está inserida (residência, centro de dia/convívio, lar, etc.); perceber o grau de autonomia da pessoa e quando possível e, no caso de haver fatores limitativos, potenciar a realização de tarefas que de outro modo não concretizaria; perceber, juntamente com a pessoa, os seus gostos pessoais e encontrar tarefas que possam-ser compatíveis, potenciando na pessoa um processo de evolução ou manutenção das suas capacidades atuais; estabelecer com o interessado um calendário de execução de cada tarefa, implicando-o no processo como sendo importante, quer para

a concretização da atividade quer para ela própria; avaliar com o idoso o processo em que está envolvido; encontrar com ele alternativas para a realização de tarefas, que apesar de serem para ele indicadas, podem não surtir o efeito desejado.

De acordo com Elizasu (1999), a participação das pessoas idosas é muito importante, na medida em que lhes permite passar o tempo de uma forma ativa e agradável. Deste modo, devem ser desenvolvidas atividades que possibilitem a participação do idoso, e que permitam proporcionar-lhes prazer. Esta autora refere também que o animador deve criar condições para que os idosos participem, sendo que, para tal é necessário em primeiro lugar, que aquele conquiste a simpatia dos idosos e estabeleça com eles um clima de confiança. Para além disto, é necessário que os conheça bem (gostos, desejos, capacidades, expectativas), que os ajude a ultrapassar os medos, valorize as suas capacidades e proponha atividades adaptadas a cada um.

Jacob (2007:36-37) alerta-nos para o papel que a animação pode ter na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, embora nos diga também que, normalmente, ela tem assumido um papel menor na maior parte das instituições: *“A instituição deve responder às necessidades mais proeminentes do idoso, mas estas não são só a alimentação, a higiene, os cuidados médicos e de enfermagem e a guarda é, igualmente importante a participação, a ocupação e a vida social dos utentes. Afinal, se retirarmos as tarefas básicas (sono, higiene e alimentação) sobram em média oito horas diárias. Estes tempos não devem ser de ocupação, o que tem por vezes uma conotação negativa, mas tempos de lazer e de comunicação (...). Mas a animação é quase sempre o «parente pobre» das prioridades das instituições, sejam públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos. Estas dirigem os seus recursos (humanos, materiais e financeiros) principalmente para a higiene, saúde e alimentação do idoso, e só se sobrar tempos e alguns meios se preocupam com a animação. Esta é sempre considerada secundária e sem grande validade. A maioria das organizações limita-se a fazer alguns passeios, duas ou três festas anuais e a comemorar o aniversário dos idosos se tanto. No entanto se a animação for encarada ao nível dos outros serviços pode contribuir, e muito, para o cuidado do idoso e para a melhoria da sua qualidade de vida”*.

Pereira e Lopes (2009) referem que um programa de Animação Sociocultural para a terceira idade deve ser criado, não para trabalhar para a terceira idade, mas sim

com a terceira idade, fazendo dos utentes protagonistas levando-os à projeção e à partilha das suas vivências, memórias, saberes e inquietações. A Animação Sociocultural assenta numa trilogia: Social, Cultural e Educativa. É nesta trilogia que o Animador Sociocultural entra como um técnico que vai trabalhar na terceira idade identificando os problemas, mas simultaneamente, com a envolvimento dos usuários, superá-los.

Concordando com Osorio (1997), a função chave do processo de animação sociocultural é gerar processos de participação, criando espaços para a comunicação entre as pessoas, contribuindo para a construção da própria identidade coletiva. Relativamente à terceira idade, o autor diz que é um grupo com características específicas- a idade, o estado de saúde em geral, a situação familiar, a aposentação - que origina uma maior disponibilidade de tempo, sendo por isso necessário adaptar a programação de animação à situação do grupo e respetivas necessidades. No caso concreto dos lares, verifica-se que os idosos têm muito tempo desocupado, o que pode levar ao tédio, apatia, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade e falta de razão de viver. Daí a importância dos lares investirem em processos de animação sociocultural geradores de convivência, participação, promovendo novos interesses e atividades que conduzam à manutenção da sua vitalidade física e mental.

Na opinião de Lopes (2010), os lares e centros de dia são estruturas destinadas a promover, junto da terceira idade, um conjunto de atividades e de ações de cariz cultural, recreativo, social, educativo. Não obstante esta missão, *“muitos lares públicos e privados são espaços onde reina a frieza e apatia, que parecem interpretar o conceito convencional de “merecido descanso” da terceira idade, como se se reduzisse a uma situação humana de seres mumificados e acamados, situação desadaptada às necessidades da terceira idade”* (Lopes, 2010:132). Para inverter esta situação é necessário promover programas de animação sociocultural que respondam a três domínios: o social, através de relações interpares e sobretudo com o meio, porque a terceira idade não se pode situar à margem da sociedade; o domínio cultural, que se pode refletir em atividades como o teatro, dança, artesanato, jogos e partilhas de saberes; e o domínio educativo, no sentido de estimular a criação e respetiva participação de universidades seniores, que promovam um sistema de ensino

bidimensional, assente na aprendizagem e no ensino baseado na partilha de saberes entre formandos e formadores.

## **1.2 Envelhecimento e redes sociais**

Cada pessoa tem a sua história de vida, ou seja, tem ou teve uma família, viveu numa determinada dimensão geográfica, rural ou urbana, frequentou ou não a escola/universidade, exerceu determinada(s) profissão(ões). Todos esses fatores vão influenciar as características atuais dos idosos, não só a nível da saúde e condições económicas, mas também a nível das suas redes sociais e da sua capacidade e interesse de se relacionar com os outros.

A personalidade sócio-biográfica representa muito mais do que a simples cópia da individualidade biopsíquica, pois os fatores sociais desempenham um papel determinante na construção da personalidade (Sève, 2010).

Tendo em conta o estudo de D'Epainay (1991), os seniores não são um grupo social homogéneo, é fundamental não dissociar a fase da velhice da trajetória social de cada idoso; esta trajetória produz efeitos nos modos como os idosos enfrentam, após a reforma, a necessidade de reorganizar a sua vida quotidiana, de encontrar novos papéis sociais que permitam a sua participação social e de continuar a encontrar um sentido para a sua existência.

Neste contexto, analisar as redes sociais dos idosos é de extrema importância, já que se interfere com o estado psicológico de cada indivíduo; as relações sociais, ou seja, todos os tipos de interação e transação interpessoais, mais do que uma necessidade básica, são um fator essencial para um envelhecimento saudável e feliz, pois evitam a solidão e o isolamento.

As redes sociais vão-se construindo ao longo da vida, ou seja, vamos pertencendo a vários grupos, nomeadamente ao grupo familiar, ao grupo de amigos e colegas (quer na escola quer no trabalho) e vizinhos.

Para um envelhecimento harmonioso e ativo, contribuem de um modo particular as relações sociais, sendo a capacidade de interagir fora da esfera familiar fundamental no decurso do processo biológico, progressivo e natural que é o envelhecimento.

Segundo Paúl (2005), as redes de apoio e suporte informal são compostas pelas estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) e também pelas funções explícitas, instrumentais ou sócio afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível de pertença.

Como refere Portugal (2007), as redes definem formas de inclusão e de exclusão, oferecem proteção ou indiferença, a partir de critérios de confiança e de desconfiança.

Barron (1996) considera que existem três razões principais para os indivíduos conquistarem e manterem as redes de apoio social. Em primeiro lugar, a função do apoio emocional, que remete para a necessidade dos indivíduos se relacionarem com alguém disponível para conversar e para ouvir, traduzindo-se num bem-estar afetivo fundamental para o equilíbrio de cada um. Em segundo lugar, a função de apoio material e instrumental, que consiste nas ações proporcionadas por outras pessoas que permitem à população sénior resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Por último, a função de apoio de informação, processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que possam ajudá-las a compreender o mundo, a sociedade e as alterações que vão ocorrendo, ajudando-as assim a ajustar-se às mesmas.

De acordo com Rowe e Kahn (1998) há um conjunto de investigações que mostram que o apoio social é um determinante chave do envelhecimento bem-sucedido.

Citando Paúl, *“o papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se ao efeito protetor de evitar o stress ou efeito de “almofada” que amortece o stress associado ao envelhecimento”* (Paúl, 2005, p. 278).

Citando também Araújo e Melo (2011, p.141), *“o apoio que recebemos da família, dos amigos, dos vizinhos e, em geral, de toda a comunidade tem benefícios a*

*vários níveis: a nível afetivo, ser aceite e estimado pelos outros; a nível emocional, porque permite receber sentimentos de apoio e segurança, ajudando-nos a ultrapassar os problemas; influencia a perceção que a pessoa tem de si própria e do meio envolvente; permite a aquisição de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor as situações do dia-a-dia e por fim, promovem o convívio social, que ajuda a aliviar as tensões, diminuindo o isolamento e aumentando a participação social.”*

Para estas autoras, para além da família, também os amigos e as redes de vizinhança constituem um contributo essencial para o envelhecimento bem-sucedido. A amizade é um elemento fulcral na vida das pessoas, uma vez que providencia companhia e divertimento e permite que o indivíduo se sinta querido e valioso. Os amigos são de livre escolha e no caso dos idosos, por terem vivenciado as mesmas experiências geracionais, por partilharem as mesmas memórias e por se encontrarem a viver as mesmas alterações relacionadas com a idade, sentem uma maior identificação entre si e acabam por constituir uma fonte de apoio.

No que toca à relação entre vizinhos, esta reflete um envolvimento mais distante do que o da amizade, mas baseia-se sobretudo em laços de proximidade; é uma relação do tipo mais prático, no entanto pode ter grande utilidade, pois a existência de ajuda mútua em várias situações, especialmente em situações de emergência aumenta o sentido geral de segurança.

A família é um elemento essencial em toda a vida de todos os indivíduos, pelo que tem uma grande influência no processo de envelhecimento. A estrutura familiar é insubstituível pela necessidade que todos os indivíduos têm de manter ao longo de toda a sua vida laços de intimidade, relações de afeto, cumplicidade e conhecimentos mútuos.

Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família, até ao ponto de a função assistencial ser considerada como uma tarefa diretamente sua. Cuidar de um familiar idoso é, nos dias de hoje, uma exigência cada vez mais normativa que obriga as famílias a definir e redefinir as suas relações, obrigações e capacidades (Lage, 2005).

No entanto, tem-se verificado uma evolução estrutural nas famílias ao longo do tempo. A família sofreu grandes alterações, das quais podemos destacar (Sequeira, 2010):

- a diminuição ou inexistência de família alargada que cuida de todos os seus membros;
- o predomínio das famílias nucleares com a diminuição da estabilidade familiar;
- no modelo tradicional, o casamento tinha um carácter permanente na maioria dos casos;
- um incremento de divórcios/separações, a novos casamentos/uniões, o que cria alguma instabilidade e dificulta os processos de cuidar;
- a coexistência de vários tipos de família: famílias monoparentais, famílias reconstruídas, etc.;
- as dificuldades de emprego e a competitividade no trabalho que levam a uma maior mobilidade geográfica dos elementos da família, e fragiliza as redes de solidariedade familiar;
- a posição social da mulher e a “democratização” das relações familiares, com a alteração do papel desta na família, que passa a participar no mundo do trabalho e, conseqüentemente a ter menos tempo para cuidar;
- a reduzida dimensão das habitações, principalmente nos grandes centros, o que dificulta a coabitação de vários membros da família.

Todas estas alterações causam uma diminuição das funções de apoio das famílias aos idosos e conseqüentemente diminuição da qualidade da relação afetiva entre os membros. Esse apoio é tanto mais importante quanto menor for a autonomia do idoso.

Não obstante as transformações que a conceção tradicional de família tem sofrido, a instituição familiar continua a ser o principal garante da solidariedade e promoção da qualidade de vida dos indivíduos durante a sua velhice.

No entanto, estas redes sociais tendem a ser mais pequenas e verifica-se uma diminuição dos contactos intersociais à medida que as pessoas envelhecem. Isto pode ser explicado pelo falecimento de familiares e amigos, pela alteração da estrutura

familiar (por exemplo, os filhos adultos vão trabalhar para outras localidades), bem como pela ausência de todas as pessoas que faziam parte do ambiente de trabalho. O afastamento excessivo dos outros pode levar à experiência de sentimentos de solidão, com consequências negativas a vários níveis.

Neste contexto, é importante analisar a questão da solidão e do isolamento social.

O conceito de “isolamento social” diz respeito à integração de uma pessoa e/ou grupo num contexto social. Inclui dados objetivos, como o número, tipo e duração de contactos entre indivíduos e o meio social envolvente (Wenger et al, 1996).

A solidão, no entender de Anderson (1998), é uma avaliação realizada a título individual e subjetivo da rede de contactos sociais.

Já para Pais (2006), a solidão não depende da presença/ausência física de outros, mas sim do tipo de relacionamento que se tem ou não com esses outros e, sobretudo, com um estado de ânimo interior, subjetivo e emocional. Como refere Fonseca (2004:210-211), *“se por um lado é importante remediar as privações e melhorar o bem-estar material dos idosos (sobretudo daqueles que na comunidade vivem pior), é igualmente necessário e não menos importante proporcionar oportunidades para que as pessoas idosas possam entrar em relação com terceiros e encontrar outras pessoas em quem possam confiar. O estabelecimento de relações de confiança surge, efetivamente, como o melhor antídoto para combater o sentimento de solidão, que independentemente do contexto onde se vive, espreita por detrás do isolamento físico ou geográfico, de um estilo de vida solitário, de uma doença grave ou incapacitante, de uma perda, da morte iminente, ou simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida”*.

Saldanha (2009) diz que na velhice, o isolamento, solidão, tristeza e depressão, são muito frequentes, representando enormes fatores de risco para a má qualidade de vida e o aumento da morbilidade, que conduzem na maior parte das vezes à morte precoce.

Segundo Sequeira (2010), o momento da reforma, tantas vezes desejada, com a desvinculação ao mundo do trabalho, leva à diminuição da importância do idoso que, por vezes, passa a ser considerado inútil e problemático, o que pode contribuir para o seu isolamento. Fonseca (2005) refere que, do ponto de vista psicológico, o momento da passagem à reforma constitui um processo de transição-adaptação, que poderá implicar o aparecimento de alterações do funcionamento com consequências ao nível do bem-estar psicológico e social (muitas vezes pode significar o aparecimento de sintomas depressivos, de sensação de inutilidade).

Por tudo isto, é fundamental para o idoso interagir socialmente, de forma a conquistar e manter as redes de apoio social e garantir uma maior satisfação com a vida.

### **1.2.1 Identidade do idoso e sentimento de pertença**

O conceito de identidade pressupõe duas significações: a primeira diz respeito ao conjunto de características pertinentes que definem o indivíduo e que possibilitam a sua identificação pelo exterior, como por exemplo a idade, a nacionalidade, pertença étnica, o estado civil, a profissão, entre outros; a segunda reporta às perceções subjetivas que os indivíduos constroem da sua individualidade, da consciência e definição de si, sendo normalmente designada por identidade pessoal (Lipiansky, cit in Guedes, 2007).

Para Dubar (1997) a identidade é o resultado de sucessivas socializações, pelo que ela deverá estar em permanente reestruturação, reelaboração e depender de uma construção quer individual, quer social.

Erikson (1976) estudou a noção de identidade, descrevendo-a como um sentimento subjetivo de uniformidade e continuidade, possuindo natureza pessoal e cultural. Para este autor, a formação da identidade compreende o processo central para a essência do indivíduo e para a sua inserção na cultura coletiva. A formação da identidade é também considerada como inseparável da evolução sociogenética, uma vez que somente dentro de um grupo definido ela pode existir.

A identidade, como conceito geral, está relacionada com as várias situações criadas pelo indivíduo e pelos grupos em que participa, ou seja, depende da história de vida de cada pessoa nos diferentes contextos. A identidade surge das relações entre o indivíduo e a sociedade. Nesse sentido é importante estudar também o conceito de identidade social.

Tajfel (1982) diz que a identidade social de uma pessoa está associada ao conhecimento da sua pertença a certos grupos e ao significado dos mesmos. A identidade social significa, portanto, a representação de si que o indivíduo procura construir nas interações em que está envolvido, imagem essa que procura que seja confirmada e reconhecida pelos outros de acordo com os modelos culturais e sociais.

A identidade tem duas funções: a integradora e a adaptativa. A primeira diz respeito à preservação do “eu” e a segunda permite a adaptação do indivíduo a situações relacionais. A identidade social tenta adaptar-se às normas, valores e modelos sociais, mas ao mesmo tempo confere ao indivíduo a possibilidade de agir como pessoa única e diferente dos outros. A procura de reconhecimento e defesa da identidade existem tanto nas estratégias de assimilação, nas quais o indivíduo procura a conformidade, a similaridade e rejeita a diferença, como nas estratégias de diferenciação, onde o indivíduo se distingue pela singularidade e originalidade (Gomes, 1995).

Assim, é importante perceber que as identidades sociais se constroem por integração e por diferenciação, por inclusão e por exclusão, através de práticas de confirmação e de distinção.

Outro autor que estudou este assunto foi Goffman (1990), nomeadamente nas suas teorias sobre identidade e estigmatização. Segundo este autor, o “normal” e o “estigmatizado” são perspectivas experienciadas por qualquer pessoa, pelo simples facto de vivermos com os outros; são portanto, perspectivas complementares na definição do processo de identidade. O estigma significa uma discrepância entre a “*identidade virtual*”, que se constitui através das expectativas sociais e a “*identidade efetiva*”, que corresponde ao que o indivíduo demonstra ser, na interação com os outros (Goffman, 1990:12).

A propósito desta questão, Almeida (2003) refere que ainda prevalece a ideia de que o idoso está associado a uma figura decadente, necessitada, e por isso, dependente. Estas conceções tiveram importantes implicações na estruturação da identidade do idoso, bem como nas práticas sociais a ele dirigidas, na medida em que os idosos foram sendo confinados a locais que estão de certa forma, à margem da sociedade - como os lares e casas de repouso - sendo assim representados como pessoas cansadas, doentes, debilitadas, improdutivas.

Segundo Viegas e Gomes (2007), há três elementos centrais que espelham as questões da identidade e envelhecimento: o corpo expressivo, a memória e narrativas de vida e os contextos etnográficos. O primeiro elemento está relacionado com a visão do corpo, como sendo representação de abstrações mentais, que podem ser regras, signos ou textos. As narrativas de vida constituem a análise interpretativa de relatos sobre situações experienciadas ao longo da vida, que vão dar significado ao presente e através dos quais os indivíduos procuram sentido para a sua existência, concretamente na relação com outras pessoas que têm importância nas suas vidas. Por último, o contexto etnográfico, ou seja, a cultura, os costumes, os comportamentos, as relações socioculturais, os saberes e práticas das sociedades onde os indivíduos vivem.

D'Epinay (1991) interessou-se por este tema e referiu que o modo de encarar a velhice depende da identidade cultural, forma-se tendo por base a classe social, a geração, o sexo e a região de residência (contexto urbano ou rural), ou seja, há um conjunto de variáveis que influenciam a vivência da velhice, como as trajetórias e as experiências de vida, os recursos disponíveis na altura da reforma, o estado civil e as situações familiares e os elementos da personalidade. Para este autor, a identidade cultural é o sistema estável das crenças, valores, normas e modelos de comportamento de um indivíduo ou de uma classe de indivíduos. No que toca às classes sociais, há dois grandes grupos: as classes superiores e as classes populares. As primeiras são compostas por pessoas normalmente caracterizadas pela preocupação de serem úteis à sociedade, de preservarem um estatuto de agente histórico, envolvendo-se na vida política local, em associações e/ou clubes, enquanto as segundas se demarcam pela procura de utilidade no quadro familiar. A possibilidade de intervir nos acontecimentos da vida social não faz parte da sua identidade cultural.

Na perspectiva estruturalista estudada pela sociologia, esta questão é também analisada. Cuff (1989) afirma que os membros de uma dada classe social têm, na estrutura económica da sociedade, papéis, contextos educacionais, atitudes, bem como estilos de vida semelhantes. Assume-se que estas semelhanças económicas e culturais diferenciam os grupos no seio da sociedade e produzem condutas e condições diferenciadas para os indivíduos que compõem cada um dos grupos.

Sobre este tema é importante refletir sobre a questão da identidade pessoal e a vivência em grupo, mais concretamente, a vivência dos idosos num lar/residência, pois a ameaça ao sentimento subjetivo de identidade é relevante neste contexto.

A vivência num lar caracteriza-se por uma forma de alojamento e tratamento coletivo que se traduz numa perda da sua individualidade. No que respeita às relações sociais, que constituem a base da identidade dos indivíduos, verifica-se uma redução generalizada dos contactos estabelecidos com a família, vizinhos e amigos anteriores (Guedes, 2008). Relativamente às relações estabelecidas entre os residentes, a autora afirma que o funcionamento do lar contribui para a criação de obstáculos à proximidade e construção de relações estreitas entre eles, sendo que este facto se acentua quando se fala de relações entre idosos de sexo diferente.

Também De Singly e Mallon (2000) refletem sobre este tema, referindo que o facto da vivência no mesmo espaço de pessoas com diferentes percursos socioculturais, hábitos, valores, costumes, modos de vida, estados de saúde e níveis de funcionalidade, bem como o receio do constrangimento de familiaridade – “*o pavor dos mexericos, de todo este palavreado, de todos estes falatórios*” (2000: 254), acaba por contribuir para o afastamento entre os idosos.

Neste contexto, as pessoas de terceira idade criam estratégias de adaptação ao lar que interessa saber, tendo Guedes (2008) identificado quatro modos de adaptação: retraimento sobre si próprio; anonimato; diferenciação e conversão. A primeira estratégia é bastante adotada por muitos residentes, principalmente os que têm uma saúde mais debilitada, que deixam aparentemente de prestar atenção a tudo o que não ocorre na sua presença direta. Verifica-se uma grande falta de participação nos acontecimentos e atividades que, de modo geral, ocorrem no lar (tornam-se simples

observadores). O anonimato é outra estratégia muito utilizada. Os idosos tentam passar despercebidos, para mostrar que respeitam as regras estabelecidas, bem como todos os outros residentes, o que lhes confere uma desresponsabilização sobre o que os rodeia, obtendo assim uma situação de conforto. A diferenciação é a estratégia adotada pelos idosos que pretendem ser reconhecidos na sua individualidade e singularidade. Muitos procuram particularismos que permitam afirmar a sua originalidade, tornando-os mais visíveis e reconhecidos pelos outros. Por último, a estratégia da conversão verifica-se quando os idosos aceitam e parecem adotar a opinião que os colaboradores do lar têm a seu respeito e se esforçam para serem residentes exemplares, mostrando-se sempre disponíveis e exibindo uma atitude de profunda submissão.

Atendendo ao tema do envelhecimento e institucionalização, é importante abordar a questão do sentimento de pertença, pois este é fundamental para responder às necessidades de existência, inclusão e valorização, pois a pertença a um grupo leva a uma unidade grupal e coerência identitária.

Na opinião de Prezza e Constantini (cit in Elvas e Moniz, 2010:452), o sentimento de comunidade traduz-se pela pertença a um grupo ou comunidade, no qual as pessoas se consideram similares, agindo de forma interdependente para a satisfação das suas necessidades. Já Sarason (1974, p.1) define o sentimento psicológico de comunidade como “*o sentimento de que fazemos parte de uma rede de relacionamento de suporte mútuo, sempre disponível e da qual podemos depender*” considerando também que esse sentimento previne que as pessoas experimentem sentimentos prolongados de solidão.

Outros autores debruçaram-se sobre este tema. McMillan e Chavis (1986) entendem o sentimento psicológico de comunidade como um sentimento de pertença que os membros possuem, por meio do qual se preocupam uns com os outros, na presença de uma crença comum de que as necessidades dos membros serão satisfeitas através do compromisso de permanecerem juntos. Estes autores entenderam ainda que o sentimento psicológico de comunidade é composto por quatro elementos: o estatuto de membro, as ligações emocionais, a influência e a integração e a satisfação das necessidades.

Segundo Amaro (2007), a existência de um sentimento psicológico de comunidade implica uma orientação positiva, que mantém e fortalece a comunidade, e a sua ausência gera desarticulação e destrói a comunidade.

A propósito deste assunto, é pertinente abordar a perspectiva psicológica de Abraham Maslow (1908-1970), que desenvolveu um trabalho sobre as necessidades do ser humano. Ele define três níveis, sendo o primeiro as necessidades fisiológicas, o segundo as de segurança e o terceiro nível as necessidades sociais relacionadas com a necessidade de associação, de participação, de amizade ou amor, de aceitação por parte dos companheiros.

Com base no modelo de Maslow, pode-se dizer que o sentimento de pertença faz com que o ser humano se sinta seguro, valorizado. Para além das relações familiares, o indivíduo procura satisfazer as suas necessidades sociais através de organizações. Por exemplo, o indivíduo pertence a um estabelecimento de ensino, a uma turma, a um grupo de amigos e, quando inicia a vida profissional, pertence a uma empresa ou instituição pública, a um grupo de trabalho. Sendo parte integrante de um grupo ou comunidade, as pessoas sentem-se mais confiantes.

### **1.3 A Institucionalização – os espaços institucionais**

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade.

Este fenómeno caracteriza-se pela transição demográfica, ou seja, pela passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos são baixos, originado a diminuição da população jovem e aumentando a população idosa. A diminuição da mortalidade deveu-se às políticas de criação e ampliação de serviços de saúde gratuitos, bem como à regulamentação do trabalho. Para a diminuição da natalidade contribuíram a criação do planeamento familiar, a entrada das mulheres no mundo do trabalho e a pequena oferta de infantários

públicos, a alteração da perceção da família a nível cultural e o pequeno apoio que o Estado dá às famílias numerosas.

Este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos, acontecendo também em Portugal. Entre 1960 e 2000, a população jovem diminuiu de 37% para 30%, enquanto a população com mais de 65 anos aumentou de 5,3% para 6,9% (INE, 2002).

Segundo Lima & Viegas (1998), o envelhecimento está relacionado com a forma como a sociedade percebe esta fase do ciclo da vida, como uma construção social inserida numa dada envolvente histórica. Ao analisarmos, por exemplo, as antigas sociedades rurais, é essencial perceber que existia uma grande valorização dos laços de parentesco, bem como a autoridade da geração mais velha; era no seio da família que os idosos viviam e eram tratados até à morte. No entanto, a alteração da estrutura económica e a consequente evolução das sociedades, retirou à família a sua função de segurança social, passando esta a ser, cada vez mais, da responsabilidade do Estado (Fonseca, 2006). A entrada das mulheres no mercado de trabalho alterou significativamente o quotidiano da vida familiar, situação com reflexos profundos na nossa sociedade, uma vez que até então, eram as mulheres que tradicionalmente se ocupavam das tarefas domésticas, da educação dos filhos e do cuidado dos familiares mais velhos.

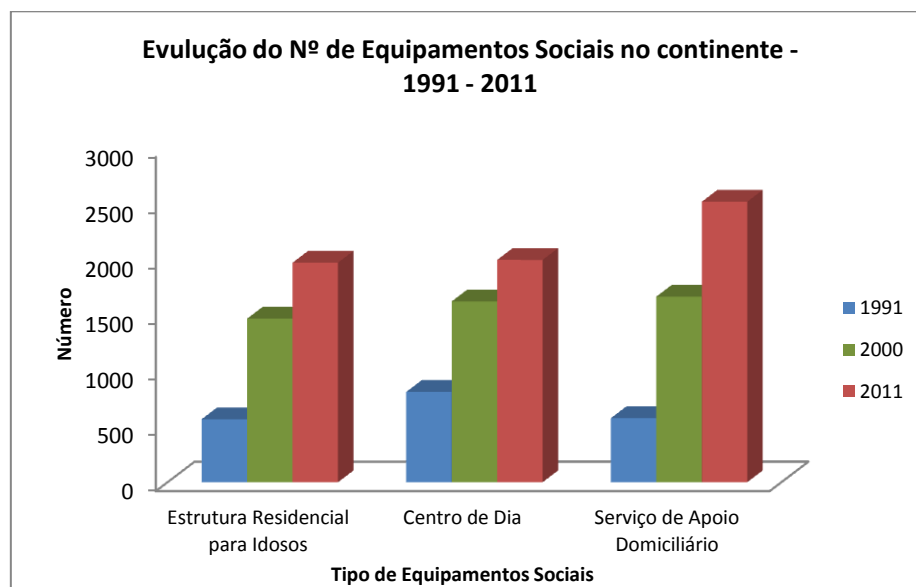
Neste contexto, em que pesa ainda o aumento da esperança de vida, o facto de haver mais pessoas a viver mais anos, a par de outros problemas como a redução de rendimentos e a dificuldade de acesso a determinados bens e serviços, leva a que a velhice passe a ser um problema a nível individual, familiar e social. Muitos idosos passam a conhecer a solidão e o isolamento. Face a esta realidade, a própria sociedade viu-se obrigada a criar políticas de apoio social para os idosos, tendo-se verificado o aparecimento de respostas sociais, e o crescimento do número de equipamentos sociais e consequentemente o alargamento do espaço de intervenção social.

De facto, a Constituição de 1976 prevê uma nova política para os cidadãos idosos, iniciando-se uma abordagem diferente às questões com eles relacionadas. Por outro lado, a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia /CEE) em 1986, também impulsionou o crescimento dos investimentos em equipamentos sociais.

No sentido de percebermos melhor esta evolução, fizemos uma análise de evolução das últimas duas décadas.

	<b>Estruturas Residenciais para Idosos</b>	<b>Centros de Dia</b>	<b>Serviços de Apoio Domiciliário</b>
1991	566	811	575
2000	1469	1624	1667
2011	1972	1997	2519

**Quadro 1**



**Gráfico 1**

Fonte: INE 1999; Carta social de 2012

Atualmente, as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social, para os idosos em Portugal, que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde, são as seguintes: serviço de apoio domiciliário; centro de convívio; centro de dia; centro de noite; acolhimento familiar; estruturas residenciais e centro de férias e lazer ([www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)).

### **1.3.1 Os lares de idosos**

Os lares de idosos são a resposta social destinada a alojamento coletivo de idosos, de utilização temporária ou permanente onde são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados e enfermagem. Os seus objetivos são proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

Em termos legais, é de realçar o Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro, que estabeleceu pela primeira vez e de forma sistemática as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Mais recentemente, destaca-se a portaria 67/2012 de 21 de Março, que flexibilizou algumas dessas normas. Cabe ainda fazer referência ao programa de qualificação das respostas sociais que elaborou um conjunto de documentos: o manual de processos chave, o modelo de avaliação e o manual de boas práticas.

Em Portugal existem três tipos de lares: os públicos, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e os lares com fins lucrativos.

Os lares públicos, como o próprio nome indica, são lares do Estado, que existem para dar resposta social aos idosos sem retaguarda familiar ou em situação de especial vulnerabilidade.

A Constituição Portuguesa, de 1976 no art. nº63, diz que as IPSS “São instituições de solidariedade social as constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar a expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico”. Depois do 25 de Abril de 1974, o Estado foi incapaz de dar resposta à crescente procura de serviços sociais por parte da população pelo que foi estabelecendo de forma progressiva acordos de cooperação com as IPSS para que estas assegurassem as respostas sociais necessárias à execução das diversas políticas sociais.

As IPSS podem ter natureza associativa ou fundacional. No primeiro tipo incluem-se as associações de solidariedade social, as associações de voluntários de ação social, as associações de socorros mútuos ou associações mutualistas e as irmandades da Misericórdia. As IPSS de natureza fundacional abrangem as fundações de solidariedade social, os centros sociais paroquiais e outros institutos criados por organizações da Igreja Católica ou por outras organizações religiosas, sujeitas ao regime das fundações de solidariedade social. Estas organizações inicialmente foram constituídas com uma componente de donativos de particulares como terrenos, imóveis e dinheiro, sendo depois geridas com as mensalidades dos utentes e outras receitas próprias. Contudo nas últimas décadas, e por força da expansão do estado social a que fizemos referência anteriormente, muitas organizações foram criadas com um forte incentivo e financiamento do poder central e autárquico, aumentando de forma brutal a sua dependência do Estado. Os acordos de cooperação estabelecem o regime de financiamento destas organizações por parte da Segurança Social e um conjunto de regras sobre a forma de seleção dos utentes e das mensalidades a pagar.

No que toca aos lares privados, o seu objetivo, tal como o de qualquer empresa, é a obtenção de lucro. Embora tenham que cumprir um conjunto de normas estabelecidas pela Segurança Social no que toca ao seu funcionamento interno e condições de instalação, são livres de praticar os preços que entenderem desde que estejam devidamente expressos nos contratos que estabelecem com os seus clientes.

### **1.3.2 Os espaços institucionais – a organização e o significado dos lugares**

Goffman, um autor que estudou profundamente estas instituições asilares designou-as também de instituições totais, definindo-as como “*um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada*” (1996, p. 41). Nestas instituições, a regra era obedecer às normas instituídas, dando cumprimento aos seus objetivos e não tendo em conta as pessoas que lá permaneciam.

As características de uma instituição total, apresentadas por Goffman (1996), definem-se, sobretudo pelo facto de todos os aspetos da vida serem realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária do indivíduo está sujeita à observação de um grupo grande que é tratado da mesma forma e obrigado a fazer as mesmas coisas em conjunto, todas as atividades são estabelecidas em horários rígidos e seguem uma sequência imposta de cima para baixo, por um sistema de regras formais explícitas e por um grupo de técnicos. Estas atividades obrigatórias estão reunidas num plano, que é realizado para atender aos objetivos da instituição. Por outro lado, muitas das necessidades humanas são controladas pela organização burocrática de um grupo de pessoas, sendo certo que entre estes e o grupo controlado existe uma divisão clara, configurando-se uma grande distância social entre ambos, traduzida em dois mundos sociais e culturais com poucos aspetos em comum.

Segundo Goffman, estes locais estavam divididos em três partes: o *espaço proibido*, os *espaços de vigilância* e o *espaço não regularizado pela equipa dirigente*. O primeiro tipo de espaço apresenta-se-nos como um local fora do alcance dos internados, totalmente restrito e proibido ao internado a não ser que ele esteja autorizado por algum motivo. No segundo espaço, os internados não precisam de justificação para ficar, mas estão sujeitos a vigilância, aliás o que acontece na maior parte da instituição. Por último, temos o espaço não regularizado pela equipa dirigente, ou seja, um espaço onde as atividades nele desenvolvidas não podem estar à vista da equipa dirigente. Neste espaço existem os locais livres que se caracterizam por ambientes, onde se desenvolvem atividades proibidas e onde todos os pacientes podem aceder, e os territórios de grupo, que como o próprio nome indica, são locais onde um determinado grupo restrito de pacientes se junta não permitindo o acesso aos outros pacientes.

Fischer (1994), um investigador que também deu um grande contributo para o estudo dos espaços organizacionais, considera que um espaço que vai ser estudado por alguém do exterior se apresenta como um espaço separado, definido por uma divisão: um fora e um dentro. O de dentro funciona como um espaço fechado, onde *a priori* já estão definidos os modos de funcionamento de quem já lá está e de quem vai para lá, onde existe um sistema de regulação com o mundo exterior, controlando as saídas e as entradas. O espaço, ao ser abordado do interior, pretende definir da forma mais racional possível a relação espaço-atividades-indivíduo.

Há uma estreita relação entre espaço, indivíduos e atividades, que funcionam de forma organizada e racionalizada. O autor considera que “...*todo o espaço institucional é organizado porque é um espaço sob controle, um espaço que obedece em cada caso a um certo número de regras de vigilância*” (1994, p. 140) e apresenta-nos algumas regras a que todas as instituições obedecem.

A primeira regra é a de *afetação*, segundo a qual cada coisa e cada indivíduo devem pertencer a um lugar e cada um individualmente pode ser melhor vigiado. A segunda regra, a da *fruição pontual dos espaços*, que como a própria designação indica, permite aos indivíduos usufruírem pontualmente de certos espaços, em certas alturas do dia, funcionando aqueles como um escape ao controle do espaço institucional.

A terceira e última regra é a da *proibição de acesso*, que se traduz numa exclusão pontual ou parcial de certos indivíduos em relação a certos espaços. Fischer defende então que o papel do indivíduo é definido pela instituição, que este deve ajustar-se ao espaço e às atividades que nela vai realizar: no fundo, o indivíduo vai ser configurado de acordo com as exigências da instituição. No entanto, se procurarmos a visão que o indivíduo tem da instituição esta apresenta-se-nos de maneira diferente. O autor fala em “conchas”, as formas como o indivíduo apreende os diversos espaços da instituição, zonas subjetivas onde os indivíduos se defrontam com a dualidade controle/liberdade. Desta forma, depreende-se que os espaços institucionais não respondem unicamente a critérios físicos, sendo muito mais que isso, porque podem ser entendidos como *territórios de socialização*: espaços reservados a grupos de indivíduos, durante um determinado período de tempo e portanto, desde logo, interditos a outros elementos. Estes territórios podem exercer uma função de parasitagem, na medida em que o que lá se passa é desviado do seu destino. Um segundo tipo de espaço é o *espaço intersticial*, são zonas mal definidas na instituição, com um propósito nem sempre claro. Por último, temos os *espaços-refúgios*: zonas de isolamento, onde o indivíduo pode, durante aquele período, afastar-se da invasão generalizada de que se é alvo nestes locais. É óbvio que, quanto maior for o sentimento de desenraizamento, mais espaços-refúgios se desenvolverão.

Segundo Fischer (1994), as relações entre os indivíduos resultam em processos complexos que derivam das nossas diferenças, sejam elas culturais, sociais ou espaciais.

Os lugares em que nos movemos condicionam a nossa vida e são condicionados por ela, ditando assim determinados tipos de comportamento. São as diversas situações sociais com que nos deparamos que geram o estilo de ocupação que vai ser feito por cada indivíduo. Sendo assim, podemos deduzir que as relações que se estabelecem entre os indivíduos e os espaços não são tão lineares como que se pensa, pois ultrapassam o caráter físico do lugar, traduzindo-se num conjunto de significados sociais ligados à dimensão cultural presente nas nossas representações.

Fischer considera que os espaços têm uma linguagem que resulta daquilo que cada indivíduo pensa ser o espaço em que se encontra ou o que espera dele. Assim, o autor debruça-se sobre três dimensões à volta das quais se estruturam os significados dos espaços.

A primeira dimensão denomina-se “enraizamento” ou *dialética pertença/não pertença*. Por enraizamento entenda-se “um processo dinâmico, no qual os indivíduos transformam os lugares em porto de atracagem: o homem não só tem necessidade de um espaço mínimo para aí viver e trabalhar, como precisa também “*de estar num sítio*”, de nele exercer um domínio físico e psicológico através de atividades que indicam a sua influência pessoal. “*Há pois enraizamento quando o Eu se inscreve num lugar geográfico*”. Ao lermos esta designação, depressa compreendemos a importância que os sítios podem ter para os indivíduos e, neste caso específico, o impacto que a ida para um lar pode ter num idoso. Na maioria destes casos, o que acontece é que surge um sentimento de não pertença por meio do qual o idoso se sente fora do seu habitat e vive no espaço como meio com o qual não se identifica.

A segunda dimensão, a habitabilidade ou a dialética imposição/liberdade, refere-se à forma como os espaços são vividos, se são impostos ou se os indivíduos os escolhem livremente. Destes dois fatores depende a habitabilidade dos mesmos. Aqui, e a exemplo mais uma vez daquilo que se passa nos lares, se o idoso for por sua livre vontade e aceitar aquele espaço como sendo seu, este pode ser vivido como satisfatório e pode representar para o idoso até o aumento da sua rede social. Caso contrário, pode funcionar até como fator de exclusão social.

Por último, a terceira dimensão trata o território ou a dialética dentro e fora, isto é, o território é entendido como um espaço centrado a partir da nossa posição. Nesse mesmo espaço, o território estrutura-se, assim, em zonas subjetivas acerca das quais o autor refere alguns círculos: um primeiro círculo que retrata a separação entre o Eu e os outros, ou seja, há uma distinção clara entre o que é o espaço de cada um e o dos outros. O segundo círculo é mais alargado e já inclui o coletivo, como por exemplo os vizinhos que vivem no mesmo prédio. O terceiro círculo diferencia um território identificado como um “nós” coletivo, por exemplo uma empresa em relação à cidade.

Outros autores interessaram-se também por este tema. Paúl, por exemplo, refere que os vários modelos da psicologia ambiental se debruçam sobre a importância do contexto físico e humano nos resultados diferenciais do processo de envelhecimento, sendo a principal orientação destes modelos o facto de a relação adequada entre o idoso e o meio implicar a maximização do envelhecimento bem-sucedido ou ótimo (Paúl, 2005).

Conclui-se assim que indivíduo e espaço não são elementos independentes. Este último facilita o surgimento de certas condutas por parte do indivíduo e pode funcionar como espaço de coesão ou rutura social. Nesse sentido, é importante ter em conta o contexto físico e social em que o indivíduo envelhece, pois o ambiente vai influenciar todo o processo. Mais importante do que conhecer a envolvência objetiva e material, é conhecer como essa envolvência é percebida pelos idosos (Barenys, 1990).

## **PARTE II – REALIDADE EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO 2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **2.1 Objetivos do estudo**

Este estudo tem por objetivo analisar detalhadamente um mês de atividades na Residência Bella Vida Viana para perceber o grau de adequação das atividades às necessidades das pessoas e identificar os fatores determinantes na adesão a essas mesmas atividades.

No sentido de obter as respostas que permitam atingir o objetivo, apresentam-se três hipóteses:

- 1) As pessoas aderem às atividades de acordo com os seus interesses e gostos;
- 2) As pessoas aderem às atividades em função das suas capacidades físicas e mentais objetivas ou interiorizadas;
- 3) Há dinâmicas de grupo e questões de relacionamento interpessoal que influenciam a adesão às atividades.

Tendo em conta o objetivo deste trabalho, a metodologia utilizada foi a metodologia qualitativa. Para a presente investigação de cariz qualitativo, de modo a direcionar um conhecimento assente numa abordagem de ordem compreensiva e interpretativa dos fenómenos, foi escolhido como método o estudo de caso, que se caracteriza por procurar compreender e explorar uma causa ou causas de um determinado acontecimento/fenómeno, o processo ou processos que motivam ou desencadeiam esse fenómeno e o permitem explicar e a forma como os sujeitos compreendem e interpretam a sua realidade social (comportamentos, decisões, crenças, valores, representações).

#### **2.2 Justificação da escolha da metodologia qualitativa**

Na ótica de Guerra (2000), a metodologia qualitativa permite observar a interação do sujeito-sociedade e, em simultâneo, compreender os factos e as emoções

que os acompanham e como se repercutem na sua vida. Permite também o confronto de dados empíricos com um determinado conjunto de conhecimentos teóricos, levando à interpretação dos resultados da pesquisa, construindo progressivamente um conhecimento conjunturalmente produzido. Deste modo, para a compreensão e análise das respostas e necessidades de apoio às pessoas idosas, é necessária a participação e o contacto com o seu quotidiano.

Com base nos autores Bogdan e Biklen (1994), verifica-se a existência de cinco grandes características da metodologia qualitativa que podem explicar a pertinência da sua utilização.

A primeira característica enunciada por estes autores está relacionada com este facto: na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal (Bogdan e Biklen, 1994:47). Esta característica demonstra uma preocupação com o contexto; as ações podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência. Neste estudo, realizado num contexto de estágio, todos os dados foram recolhidos diretamente com os/as idosos.

O segundo aspeto realçado pelos autores é o facto de a investigação qualitativa ser descritiva. Isto significa que os dados recolhidos não são números, mas sim palavras, frases, transcrições de entrevistas, fotografias, vídeos, entre outros. Tenta-se analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos (Bogdan e Biklen, 1994:48).

Os autores referem que os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos. Neste estudo manifesta-se o interesse em compreender as motivações, o significado e os impactos que as atividades de desenvolvimento pessoal têm para os idosos, pelo que os resultados farão parte do processo (Bogdan e Biklen, 1994:49).

A quarta característica prende-se com o facto de os investigadores qualitativos tenderem a analisar os seus dados de forma indutiva, ou seja, não recolhem dados com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente, pelo contrário, as

abstrações são construídas à medida que os dados particulares recolhidos se vão agrupando (Bogdan e Biklen, 1994:50).

Por fim, Bogdan e Biklen acrescentam que o significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Os investigadores que utilizam esta metodologia estão interessados no modo como as diferentes pessoas dão sentido às suas vidas (Bogdan e Biklen, 1994:50) e fazem questão de se certificarem se estão a apreender, de forma adequada, as diferentes perspetivas.

A operacionalização deste estudo concretizou-se através de estudo de caso de idosos residentes na residência Bella Vida Viana.

### **2.2.1 Métodos e técnicas utilizadas na recolha e tratamento da informação**

O método de estudo de caso consiste no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, de uma amostra particular, utilizando todas as técnicas disponíveis. A amostra de um fenómeno social é selecionada de acordo com um determinado objetivo, ordenando os dados resultantes, de forma a preservar o carácter unitário da amostra, com a finalidade de obter uma ampla compreensão do fenómeno no seu todo (Greenwood, 1973).

No que respeita às técnicas utilizadas, destacam-se as entrevistas exploratórias, as entrevistas semidiretivas, a análise de conteúdo e a observação direta.

As entrevistas exploratórias contribuem para descobrir os aspetos que devem ser tidos em conta e conduzem o domínio de investigação das leituras. Permitem o contacto com pessoas especializadas na área da investigação, como docentes, investigadores especializados e peritos na área em causa e/ou com público sobre o qual incide o estudo, sendo consideradas por Quivy e Campanhoudt (1998), testemunhas privilegiadas. Neste caso, as referidas testemunhas foram os próprios idosos, a gerontóloga e a diretora técnica.

As entrevistas semidiretivas - Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), “*as entrevistas semidiretivas caracterizam-se por não serem inteiramente abertas nem encaminhadas por um grande número de perguntas precisas*” (Quivy & Campenhoudt; 1998: 192). O entrevistador elabora um conjunto de perguntas-guia, relativamente abertas, que permitam obter respostas dos entrevistados. Esta foi uma técnica utilizada na recolha de dados deste estudo, tendo possibilitado o contacto direto e próximo com as pessoas entrevistadas, tendo-se realizado num ambiente e contexto adequados, ou seja, na própria residência, o que contribuiu para a construção de um ambiente de proximidade, descontração e confiança.

A técnica da observação participante – citando Quivy e Campenhoudt (1998), caracteriza-se por ser “*o estudo de uma comunidade durante um longo período de tempo, participando na vida coletiva. O investigador estuda os seus modos de vida, de dentro e pormenorizadamente, esforçando-se por perturbá-los o menos possível*” (Quivy & Campenhoudt; 1998: 197). Este estudo é o resultado de um estágio de quinze semanas, onde se participou em todo o trabalho desenvolvido na área do plano de atividades de desenvolvimento pessoal, pelo que houve uma participação direta nas atividades realizadas com os idosos. Nesse sentido, foi possível apreender os comportamentos e verificar a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com o que é dito.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), a técnica dos dados documentais permite simplesmente estudar os documentos ou retirar deles informações úteis para o estudo. Em termos de fonte, podem ser documentos manuscritos, impressos ou audiovisuais, oficiais ou privados, pessoais ou provenientes de um organismo. Estes autores referem duas variantes “*(...) por um lado, a recolha de dados estatísticos e, por outro, a recolha de documentos de forma textual provenientes de instituições e de organismos públicos e privados (leis, estatutos e regulamentos, atas, publicações...) ou de particulares (narrativas, memórias, correspondência...)*” (Quivy e Campenhoudt, 1998:202). Neste caso, foram consultados os documentos dos residentes, nomeadamente os planos individuais, as escalas de Barthel, o Mini Mental Examination (Lobo, 1979), a escala de depressão geriátrica Yesavage (1983), os questionários de satisfação de qualidade e os documentos da monitorização do grau de participação nas atividades ocupacionais.

O recurso à análise de conteúdo foi o método de análise das informações escolhido, na medida em que “*oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, como por exemplo, os relatórios das entrevistas pouco diretivas*” (Quivy e Campenhoudt, 1998:227). Segundo estes autores, a análise do conteúdo permite conciliar as exigências do rigor metodológico e a criatividade do investigador, o que nem sempre é fácil de conseguir.

### **2.3 Seleção e critérios da amostra**

Nas investigações especificamente sociológicas, as informações úteis, as informações relevantes, só se conseguem obter junto dos elementos que constituem o universo. Esse universo pode, no entanto, ser complexo, de tal forma que não seja possível nem útil obter informações sobre cada um dos seus elementos, pelo que muitas vezes é necessário selecionar uma amostra e interrogar apenas os elementos da amostra, conseguindo obter uma informação digna de confiança.

Após ter definido o campo de análise, o investigador pode optar por uma de três técnicas de amostragem: “ou recolhe dados e faz incidir as suas análises sobre a totalidade da população coberta por esse campo, ou a limita a uma amostra representativa desta população, ou estuda apenas algumas componentes muito típicas, ainda que não estritamente representativas, dessa população” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 160). A terceira possibilidade é a mais frequente. Nos casos em que é utilizado o método de entrevista semidiretiva, o investigador não consegue, por norma, entrevistar mais do que umas dezenas de pessoas.

Neste estudo foi utilizada a terceira técnica de amostragem, pois estuda apenas algumas componentes da população, ou seja, atendendo ao objetivo deste estudo, e no sentido de se conseguir perceber melhor a participação dos residentes nas atividades de desenvolvimento pessoal, foi selecionada e definida a amostra de dez idosos que possuem todas as capacidades físicas e cognitivas necessárias à participação em todas as atividades do plano.

Esta amostra é constituída por dez idosos que foram divididos em dois grupos: o Grupo A e o Grupo B. O primeiro grupo (Grupo A) é constituído por cinco idosos, três senhoras e dois senhores, e são os idosos que participam em quase todas as atividades e aceitam muito bem o convívio com todos os outros idosos, mesmo com os que têm demência. O segundo grupo (Grupo B) é composto por quatro senhoras e um senhor, totalmente independentes e autónomos que apreciam mais a convivência com um grupo mais restrito de residentes e não participam em todo o tipo de atividades realizadas. São pessoas que gostam de organizar uma parte do seu tempo a fazer coisas fora da Residência.

Estes idosos de ambos os grupos são autónomos, ou seja, têm todas as capacidades necessárias para tomar livremente todas as decisões sobre as suas vidas; em termos de independência, só as senhoras e o senhor do grupo B o são totalmente, porque os dois senhores do grupo A necessitam de apoio numa das atividades de vida diária (pequeno apoio no autocuidado, higiene pessoal e vestir-se), sendo no entanto praticamente independentes. Esta situação foi avaliada pela escala de avaliação das AVD de Barthel. Todos eles apresentam um estado cognitivo normal, situação avaliada pelo Mini Mental Examination (Lobo, 1979). Nenhum apresenta qualquer estado depressivo, pois na escala de depressão geriátrica Yesavage (1983), a sua pontuação atribuiu-lhes o estado de ausência de depressão.

Por questões de sigilo e privacidade não se identificaram as pessoas pelo nome, mas sim por uma denominação relacionada com o respetivo grupo.

<b>Idoso</b>	<b>Idade</b>	<b>Residência</b>	<b>Profissão</b>	<b>Situação Financeira</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Família - Amigos - Visitas</b>	<b>Data e Motivo da Institucionalização</b>
I. A1	90	Porto	Telefonista	Boa	Viúva	2 filhas; netos; bisnetos; visitas mensais	2003 (após ter ficado viúva); por não querer estar sozinha
I. A2	95	Porto	Vendedor	Boa	Viúvo	Não tem filhos; sobrinhos com relacionamento distante; Não tem visitas	2003; acompanhou a esposa que necessitava de cuidados especializados e permaneceu após o seu falecimento
I. A3	80	Porto	Empregada doméstica	Razoável	Solteira	Não tem filhos; 2 irmãs e sobrinhos; visitas regulares de amigos	2003; procura de companhia e apoio
I. A4	90	França	Trabalhador da construção civil	Razoável	Viúvo	4 filhas e netos; visitas anuais das filhas e diárias da irmã e cunhado	2011; necessidade de cuidados e falta de suporte familiar
I. A5	81	Viana do Castelo	Proprietária de ourivesaria	Boa	Viúva	1 filho e netos; tem visitas regulares da família e amigos	2012; procura de maior apoio e segurança
I. B1	83	Arcos de Valdevez	Professora do Ensino Básico	Boa	Solteira	Não tem filhos; 2 irmãos e sobrinhos; não tem visitas, mas passa os domingos em casa de uma sobrinha	2003; procura de companhia e apoio
I. B2	81	Porto	Educadora de infância e Psicóloga	Boa	Solteira	Não tem filhos; 3 irmãos e sobrinhos; não tem visitas, mas passa as festas com os irmãos	2005; procura de companhia e apoio
I. B3	87	Porto	Enfermeira	Boa	Solteira	Não tem filhos; 2 irmãs e sobrinhos; não tem visitas, só contatos telefónicos	2003; procura de companhia e apoio
I. B4	84	Porto	Doméstica	Boa	Casada	1 filha e netos; visitas semanais e fins-de-semana em casa da filha	2012; procura de companhia e apoio
I. B5	83	Porto	Colaborador da EDP	Boa	Casado	1 filha e netos; visitas semanais e fins-de-semana em casa da filha	2012; procura de companhia e apoio

**Quadro 2**

No sentido de tornar mais perceptível a participação de cada um dos idosos do grupo A e B nas atividades, fez-se uma breve caracterização psicossocial destes mesmos residentes.

### **Idosa A1**

Esta senhora tem 90 anos. Pode ser caracterizada como uma pessoa bem-disposta, com grande capacidade de comunicação e gosto pela convivência com os outros. Esta idosa viveu sempre numa cidade nos arredores do Porto; toda a sua vida trabalhou como telefonista na Companhia de Telefones do Porto, profissão que desempenhou com grande motivação, porque lhe proporcionava a possibilidade de conhecer e contactar com muita gente, que foi para ela motivo de grande alegria. Ela é de facto uma pessoa conversadora. É viúva há dez anos e diz ter sido muito feliz no casamento; tem duas filhas, netos e bisnetos, sendo que uma das filhas reside na cidade de Viana e a outra numa cidade que fica a cerca de 70 Km. Recebe visita das suas filhas e respetivas famílias, mas não com grande frequência (por norma, tem uma visita mensal, embora fale muitas vezes com as filhas por telefone) e raramente se desloca para ir a casa delas, nem mesmo no Natal – passa a noite de Natal e Passagem de Ano na Residência e só no dia de Natal é que vai a casa das filhas, porque diz que a Bella Vida Viana é que é a sua casa. Em termos financeiros, teve uma vida bastante confortável. Ingressou na Bella Vida Viana em 2003, logo que a Residência iniciou a sua atividade e foi por sua livre vontade; esta escolha deveu-se ao facto de ter ficado viúva e de não ter tido vontade de permanecer em sua casa sozinha. Dado que uma das filhas vive em Viana do Castelo, decidiu viver na Bella Vida Viana, pois segundo ela, nesta Residência poderia viver a sua velhice com grande conforto e qualidade.

### **Idoso A2**

Este senhor tem 95 anos. É uma pessoa conversadora e que gosta de conviver; gosta de ser sempre o centro das atenções e quando assim não acontece, manifesta logo o seu desagrado. Gosta de fazer prevalecer a sua opinião e de não ser contrariado, o que o torna, por vezes, uma pessoa implicativa, levando a que os seus colegas, em certas ocasiões, se afastem dele. Apesar da sua idade, admira sempre as senhoras bonitas e nunca hesita em elogiá-las. Nasceu em Vila Nova de Gaia, passou parte da sua infância na zona de S. Pedro do Sul, tendo regressado à sua terra natal quando se tornou jovem, onde viveu grande parte da sua vida. Estudou no liceu e, como principal profissão, foi

vendedor dos produtos têxteis produzidos na fábrica da sua esposa, o que lhe permitiu o contacto e a convivência com muitas pessoas e lhe proporcionou uma boa situação financeira. Casou com a “mulher mais bonita do Porto daquela época”, mas não tiveram filhos. É viúvo há cerca de 6 anos. Tem muitos sobrinhos, mas raramente o vêm visitar ou o contactam por telefone. Este senhor ingressou na Bella Vida Viana em 2003, para acompanhar a sua esposa - que na altura teve um problema de saúde e necessitou de cuidados especializados - e após o seu falecimento continuou a viver nesta Residência, que considera agora, a sua casa.

### **Idosa A3**

Esta senhora tem 80 anos. É uma pessoa bem-disposta, sociável, comunicativa, muito popular, com grande gosto e conhecimentos por tudo o que é regional e tradicional. Gosta muito de passear e de jogar cartas. É natural de Afife, mas viveu a maior parte da sua vida no Porto, onde foi empregada doméstica (geria uma casa de uma família numerosa). Tem uma situação económica razoável, isto porque fez uma permuta com o antigo proprietário da residência, ou seja, entregou-lhe todos os seus bens (umas casas que tinha) em troca de um dos apartamentos da residência e do direito a usufruir de todos os serviços. Sendo assim, não tem grandes despesas, apenas as suas coisas pessoais. É solteira e não tem filhos. Tem irmãs e sobrinhos que vivem no Porto, com quem comunica por telefone e que a visitam esporadicamente, mas recebe visitas de amigos da sua terra. Esta senhora ingressou na Bella Vida Viana aquando da sua abertura.

### **Idoso A4**

Este senhor tem 90 anos. É uma pessoa muito bem-disposta, otimista, simpática e muito amável, paciente e pouco dado a reclamações. Tem um bom relacionamento com a vida e com todas as pessoas, inclusivamente com os residentes mais dependentes. É um residente muito querido por todos. Viveu a maior parte da sua vida em França e trabalhou toda a sua vida na construção civil, tendo tido uma vida “esforçada” e no aspeto financeiro normal. Foi casado, mas já é viúvo. Tem quatro filhas que atualmente vivem em França, pelo que só o podem visitar três ou quatro vezes por ano. No entanto, e apesar da distância, as filhas são muito presentes, pois contactam com ele quase diariamente por telefone. Recebe ainda a visita diária da sua irmã e do seu cunhado. A

sua entrada na Bella Vida Viana deveu-se ao facto de já necessitar de alguns cuidados especializados e de a sua família não ter possibilidade de lhos prestar.

### **Idosa A5**

Esta residente tem 81 anos. Caracteriza-se por ser uma senhora amável e com gosto requintado; é comunicativa, sociável, muito compreensiva; é seletiva nas suas amizades, mas relaciona-se bem com toda a gente. Esta senhora gosta muito de sair. Viveu alguns anos em África, tendo regressado aquando dos acontecimentos do 25 de Abril. Em termos profissionais, foi proprietária de uma ourivesaria, tendo tido uma situação financeira confortável. É viúva há doze anos e tem um filho que vive na cidade de Viana. Vai duas vezes por semana à cidade, onde se encontra com o filho e sua família (herdou o seu negócio) e ainda recebe na residência a visita da família e amigos. Pelo facto de ter uma prótese nos joelhos, decidiu ingressar na Bella Vida, em Fevereiro de 2012, pois sente-se mais apoiada e ali faz todas as sessões de fisioterapia necessárias.

### **Idosa B1**

Esta senhora tem 83 anos. É uma pessoa simpática, cordial, com gosto requintado (aparenta ser uma pessoa perfeccionista); diz ser uma pessoa sensível, porque se sente muito incomodada com o sofrimento dos outros. Gosta de conviver, mas sem prejuízo da sua privacidade. Nasceu e viveu toda a sua vida no Norte do país, numa vila que fica próxima de Espanha e que pertence ao Distrito de Viana do Castelo. Foi professora do primeiro ciclo do ensino básico, tendo tido nos últimos anos, como atividade profissional, a coordenação da ação pedagógica na sua região. Teve sempre uma situação financeira muito boa. É solteira e não tem filhos; a sua família é composta por dois irmãos e sobrinhos, sendo que um vive a cerca de 70 km de distância e outro em Viana do Castelo. Raramente recebe visitas da família e de amigos, mas vai passar os domingos em casa de uma das sobrinhas e as festas tradicionais passa-as em casa dos irmãos. Quando se reformou adquiriu um apartamento no centro da cidade de Viana, onde viveu algum tempo (ainda o tem e vai lá todas as semanas). Foi por sua própria vontade que decidiu ir viver para esta residência, pelo facto de se sentir mais acompanhada e apoiada (caso necessite), tendo sido uma das primeiras clientes.

### **Idosa B2**

Esta senhora tem 81 anos. É uma pessoa muito independente, pois gosta de tratar dos seus assuntos sozinha e organiza uma boa parte do seu tempo fora da residência. Demonstra ser uma pessoa exigente, atenta, perfeccionista e muito crítica (mais do que crítica, gosta de apresentar muitas reclamações). Esta idosa tem grande necessidade de se sentir valorizada (faz questão que a tratem por Doutora). Nasceu e viveu quase toda a sua vida na cidade do Porto, onde exerceu a sua profissão como educadora de infância; mais tarde, licenciou-se em psicologia e também exerceu a profissão de psicóloga. Sempre teve uma vida confortável no que diz respeito às questões financeiras. É solteira e não tem filhos. Tem irmãos, sobrinhos que vivem no Porto. Raramente recebe visitas, mas passa as festas de Natal e Páscoa com os irmãos e sobrinhos. Após a morte dos pais, decidiu procurar respostas sociais do género “hotel para seniores” e, referenciada por amigos, encontrou a Bella Vida Viana. Foi por sua própria vontade que decidiu ir viver para esta residência, pelo facto de se sentir mais acompanhada e apoiada (caso necessite).

### **Idosa B3**

A idosa em questão tem 87 anos. Autointitula-se como “pessoa do contra”, porque, mais do que criticar, está sempre a reclamar (para ela está sempre tudo mal). Demonstra sentir necessidade de chamar sobre si a atenção dos outros. Apesar desta característica, é uma pessoa simpática e gosta de conviver, embora com um grupo restrito de idosos (os mais autónomos). Natural de Trás-os-Montes, veio muito jovem para o Porto, onde viveu quase toda a sua vida. Ali exerceu a sua profissão de enfermeira, no Hospital de S. João. É solteira e não tem filhos. Tem irmãos, sobrinhos, mas não recebe visitas, embora comunique com a família e amigos por telefone. Foi através de amigos que conheceu esta instituição, tendo sido por sua própria vontade que decidiu ir viver para a Bella Vida Viana, pelo facto de se sentir mais acompanhada e apoiada (caso necessite).

### **Idosa B4 e Idoso B5 (casal)**

Esta senhora tem 84 anos. É uma pessoa muito educada, amável e reservada. Manifesta grande gosto pela natureza, estando por isso, sob a sua responsabilidade, o tratamento das plantas da residência. Foi doméstica, tendo no entanto a seu cargo, a gestão do trabalho dos seus empregados, pois o casal é proprietário de algumas quintas.

O marido tem 83 anos e trabalhou na EDP, desempenhando funções num cargo importante dessa empresa. Tal como a esposa, caracteriza-se por ser uma pessoa educada, amável e reservada. É um casal muito unido, com grande cumplicidade (estão sempre juntos). Gostam de conviver, principalmente com as pessoas mais autónomas e com interesses semelhantes, mas sem prejuízo da sua privacidade. Viveram na zona do grande Porto e sempre tiveram uma boa situação financeira. Têm uma filha e netos, com quem viviam até à sua entrada na Bella Vida Viana, que ocorreu em Outubro de 2012. Esta decisão foi tomada conjuntamente com a filha, com o objetivo de passarem os dias mais acompanhados e terem sempre apoio, caso necessitem. No entanto, a filha vem visitá-los durante a semana e vão passar a sua casa quase todos os fins-de-semana.

### CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA INSTITUIÇÃO

Estialiving – Residência de Viana, S.A., situada na Rua do Mirante, nº 85, Areosa, Viana do Castelo, iniciou a sua atividade em 2003 e é caracterizada por ser uma estrutura residencial para seniores com acolhimento permanente e temporário, serviço de apoio domiciliário, unidade de medicina física e de reabilitação e unidade de cuidados continuados integrados, na valência de convalescença (em parceria com a Administração Regional de Saúde).

A Residência Bella Vida Viana tem capacidade para acolher trinta e seis pessoas, tendo atualmente trinta e cinco residentes (29 permanentes e 6 temporários). Dispõe de quarenta e nove quartos (24 individuais e 25 duplos), dos quais dezasseis estão reservados para a Unidade de Cuidados Integrados de Convalescença (a licença de utilização e capacidade é para sessenta pessoas, mas vinte e quatro camas estão afetas à UCCI).

Esta instituição dispõe de uma equipa multidisciplinar de profissionais que se propõe intervir numa perspectiva holística do idoso nas vertentes biopsicossocial e espiritual.

A residência é composta por espaços interiores (salas, capela, gabinetes etc.) e exteriores (espaços verdes e piscina) que permitem a realização de atividades lúdicas, culturais, desportivas, religiosas e de convívio. Dispõe ainda de instalações adequadas para a prestação de serviços médicos e de enfermagem bem como de serviços de cuidados pessoais, tais como cabeleireiro e estética.

A Residência Bella Vida tem como objectivo *“(...) prestar serviços gerontológicos e geriátricos, com elevado padrão de qualidade e reconhecimento, apoiando quem necessita de acompanhamento especializado, oferecendo uma vivência diária num ambiente agradável e acolhedor, com qualidade de vida, com programas lúdicos, culturais, desportivos e, não esquecer, convivendo com os seus pares e com os profissionais especializados, competentes e atenciosos...”* (www.bellavida.pt).

A Missão, a Visão, os Valores e uma Política de Qualidade, são aspetos relevantes para qualquer organização, daí procedermos a uma breve exposição dos mesmos em relação à Instituição onde incide o estágio.

A missão de uma organização é a razão da sua existência. Na verdade, a missão constitui a pedra angular de todo o planeamento de uma organização. A Bella Vida tem como principal missão, a prestação de serviços gerontológicos e geriátricos integrados, com elevado padrão de qualidade e reconhecimento. A sua missão incorpora também o desenvolvimento de novos produtos específicos para o segmento de apoio geriátrico, a integração na rede nacional de unidades de cuidados continuados e o desenvolvimento de novos conceitos de negócio no segmento sénior.

Considerando sua missão, a organização deve conceber uma visão que retrate um estado futuro desejado, capaz de responder fundamentalmente a uma questão: “o que queremos ao longo deste nosso caminho pela missão?”. A visão pode ser percebida como a direção desejada, o caminho que se pretende percorrer, uma proposta do que a instituição deseja ser a médio e a longo prazo e, ainda, de como ela espera ser vista por todos.

A Bella Vida tem como visão a implementação de uma marca com reconhecimento no mercado, no segmento de serviços para idosos; captar o reconhecimento do mercado pela liderança na inovação, competência, desempenho profissional e na atenção ao residente.

Os valores incidem nas convicções que fundamentam as escolhas por um modo de conduta tanto de um indivíduo como de uma organização. Assim sendo, os valores organizacionais podem ser definidos como princípios que guiam a vida da organização, tendo um papel de atender quer aos seus objetivos, quer às necessidades de todos os que estão à sua volta.

No que respeita à Bella Vida, esta instituição pretende reger a sua atuação pelos seguintes valores ([www.bellavida.pt](http://www.bellavida.pt)):

**Conforto** oferecido nas instalações e conforto do lar de quem escolhe a possibilidade do Serviço de Apoio Domiciliário;

**Segurança** por meio da dedicação dos colaboradores e da atenção por eles dispensada;

**Qualidade** dos serviços que oferece, dos profissionais da equipa Bella Vida e também qualidade que provém da modernização e inovação sempre presentes nas instalações e nos serviços oferecidos;

**Bem-estar**- um dos principais fatores que leva ao aparecimento da Bella Vida é o cuidado dos seus utentes num ambiente onde podem conviver com os seus pares e com a família.

### **3.1 Características dos edifícios e organização dos espaços**

#### **3.1.1 Características Arquitetónicas**

Com base no sistema de avaliação multidimensional de equipamentos sociais – lares de idosos (SAMES – LAR – características arquitetónicas e físicas - ICAF), foi feita uma breve avaliação das características físicas e arquitetónicas dos espaços institucionais.

A residência Bella Vida Viana situa-se na freguesia da Areosa, em Viana do Castelo, a cerca de cinco minutos, de carro, do centro da cidade e com grande acessibilidade (é servida por autocarros). Inserida numa zona residencial tranquila, iluminada, segura e harmoniosa, usufrui de vista para o mar.

A residência é composta por três edifícios interligados, sendo o edifício central de origem antiga, mas totalmente reconstruído, e os outros dois edifícios de origem recente. O edifício central tem três andares e é composto pela receção, cozinha, sala de refeições, corredor central, sala de estar, biblioteca, três gabinetes/ salas de reunião, wc comuns, uma sala com computadores e outras duas salas. Os edifícios laterais têm dois andares e são compostos pelos quartos (no total, quarenta e nove), gabinete da direção, gabinete médico, sala de cabeleireiro, três salas de convívio (uma delas tem um bar), wc comuns, capela e ginásio de reabilitação; um destes edifícios tem um piso subterrâneo

destinado a lugares de garagens. De salientar que, para além das escadas, existem também elevadores. No exterior existe um pequeno edifício, onde funciona a lavandaria. Há jardins com bancos, uma piscina, uma horta e espaço para estacionamento das visitas.

Todos os espaços têm grandes janelas, permitindo a existência de grande luminosidade e visibilidade para o exterior e estão equipados com aquecimento central. De realçar que todos os espaços refletem elevado cuidado com a limpeza (não se sente qualquer odor menos agradável).

### **3.1.2 Espaços comuns e espaços privados**

Os espaços comuns são aqueles que são ou podem ser utilizados por todos os residentes e que potenciam a sociabilidade e a realização de atividades recreativas. No que se refere aos espaços comuns, existem três salas de convívio, duas das quais com televisão, uma biblioteca, uma sala com computadores, duas salas onde decorrem as aulas da universidade sénior e onde se fazem alguns trabalhos manuais, um pequeno salão de cabeleireiro, uma capela, jardins com bancos, uma piscina, uma horta. Uma das salas tem bar e é mais ocupada por quase todos os residentes, mesmo os mais dependentes física e cognitivamente – é uma espécie de ponto de encontro.

A diversidade de zonas disponibilizadas pela Bella Vida aos seus residentes, como a capela e a biblioteca, por exemplo, promove a manutenção da heterogeneidade dos seus residentes, permitindo-lhes acesso livre aos espaços, o que infirma o que é defendido por Goffman quando este diz que *“o lar tende a congregar todos os aspetos da vida dos indivíduos no mesmo local e na presença de um grande número de pessoas”* (1996, p. 17/18).

Os espaços privados são aqueles que permitem que os indivíduos disfrutem de momentos de privacidade individual e/ou de ligação mais estreita à família. A personalização dos espaços privados e a influência dos residentes na sua decoração, favorece o clima de familiaridade desejado no contexto do lar.

Nesta residência, os espaços privados – quartos e apartamentos – não são todos iguais; as suas decorações, nomeadamente mobiliários, têxteis e objetos decorativos não são iguais em todos os quartos, fazendo com que mais se assemelhe a um ambiente familiar do que a um típico lar, onde todos os espaços são iguais (despersonalizados).

Todos os quartos têm casa de banho (espaçosas e adequadas aos residentes) e são partilhados no máximo, por duas pessoas. Existe uma clara separação entre as áreas onde dormem, onde cada residente tem uma mesinha de cabeceira, um armário, uma cadeira e os seus próprios objetos pessoais. Há também dezasseis quartos individuais e dezasseis apartamentos (compostos por uma sala com uma mini cozinha, um quarto e um wc).

Este tipo de ocupação traduz-se em privacidade, conforto e bem-estar de cada pessoa. Os residentes têm o seu espaço com os seus objetos, onde podem estar quando quiserem (sem obrigatoriedade nem restrições). Os quartos duplos, não obstante serem utilizados apenas por duas pessoas (sendo que cada uma tem os seus próprios objetos e também algum mobiliário), implicam automaticamente uma perda de privacidade, pois a simples partilha do quarto e respetivo wc, pode pôr em causa a preservação da total privacidade de quem o utiliza; podem-se verificar, por exemplo, algumas situações tais como: uma pessoa pode querer ver televisão ou ler na cama, durante algum tempo antes de dormir e a outra não querer, ou as duas pessoas quiserem utilizar a casa de banho ao mesmo tempo e não se poderem vestir no quarto sem serem vistas pela outra pessoa, ou mesmo o simples facto de uma pessoa querer ter um espaço que é só seu.

### **3.2 Organização e funcionamento**

Tomando por base o segundo instrumento do sistema de avaliação “SAMES – Lar” – características de organização e funcionamento (ICOF) - fez-se uma breve análise sobre características de organização e funcionamento da residência.

No que respeita à comunicação e interação, verifica-se que existe um excelente relacionamento entre as pessoas envolvidas nesta instituição: entre colaboradores; entre

a direção e os colaboradores; entre os colaboradores, direção e os residentes; entre os residentes e os familiares; entre os colaboradores/direção e os familiares dos residentes e entre os próprios residentes. Esta interação é possível devido à boa comunicação entre as pessoas.

Os elementos com funções de direção estão sempre disponíveis para atender os colaboradores e os residentes – as diretoras e a equipa técnica não estão fechadas nos gabinetes, mas em permanente contacto com as pessoas. Neste aspeto é importante referir que o gabinete da diretora técnica situa-se no rés-do-chão em frente à sala de convívio principal e tem sempre a porta aberta; a sua secretária está posicionada em frente da porta, de forma a ver os residentes e a ser vista por eles; sempre que algum residente pretende falar com ela, aproxima-se e entra sem qualquer receio.

No que toca aos residentes e, para além do acesso direto a todos os colaboradores e responsáveis da Residência, têm também um regulamento interno que lhes é entregue aquando da celebração do contrato. Mais ainda, por forma a promover a participação dos idosos, foram organizadas reuniões mensais com os residentes, denominadas “Tertúlia dos Residentes”, nas quais participam os que são cognitivamente capazes e a direção técnica, onde eles podem opinar sobre os serviços e dar sugestões de melhoria a nível da alimentação, lavandaria, atividades físicas, socioculturais e de convívio, decoração dos espaços, queixas sobre residentes ou mudanças de quartos, etc.; expõem as suas opiniões, vontades e reclamações e a direção os escuta para poder tomar as várias decisões

Para além da comunicação, há outros aspetos sobre os quais a instituição implementou algumas regras ou condutas importantes para a boa vivência dos residentes no lar. Podem-se citar alguns exemplos, como a permissão que é dada aos residentes de trazerem alguns bens pessoais para o seu quarto/ apartamento e de alterarem a disposição da mobília. É permitido também ter um disco elétrico ou uma máquina de café no quarto, no entanto, os residentes não os pedem e os que têm não usam, porque preferem pedir a bebida (chá, leite, ou café) às colaboradoras porque dizem que “pagam para serem servidos”. Há outros comportamentos que não são proibidos mas desencorajados como fechar as portas dos quartos à chave (há respeito e ninguém entra nos quartos sem bater à porta), evitando assim, a possível criação de

espaços-refúgio referenciados na teoria de Fisher. Outra orientação de utilização do espaço é dissuadir os residentes a não deixar de tomar o pequeno-almoço para ficar na cama até mais tarde, caso contrário ficariam muito tempo sozinhos nos seus quartos (para evitar o isolamento e as más práticas de tomar as refeições).

Para garantir a segurança e o bem-estar de todos os residentes, há comportamentos proibidos nesta instituição, como por exemplo, beber álcool no quarto e ter animais no quarto.

Constatamos que a manutenção do conforto e decoração dos espaços não é responsabilidade única dos colaboradores da residência, mas também dos próprios residentes, sendo totalmente desencorajado estragar os edifícios e a mobília e outros objetos.

Outro aspeto a salientar é o horário das refeições. Há dois horários para cada refeição: o primeiro turno do almoço é às 11h30 e o segundo às 12h30; quanto ao jantar, o primeiro horário é às 18h30 e o segundo às 19h30; o lanche é servido às 16h00. Esta situação possibilita aos residentes escolherem o que mais lhes convém, não tendo todos de tomar as refeições à mesma hora e proporciona um certo grau de liberdade e de diferenciação, preservando de certa forma, a identidade de cada residente. Isto vai ao encontro do que diz Mallon: *“...nos lares de idosos, o desafio das sociedades contemporâneas, joga-se com uma intensidade mais forte que no outro lado: cada um consiga preservar mais a sua independência e autonomia no contexto de vida coletiva”* (Mallon, 2000: 241).

No que toca às saídas ao exterior dos residentes autónomos, eles têm total liberdade (quanto ao local e horário), no entanto, e por questões de segurança e não de controlo, é-lhes pedido que sempre que saiam, informem as colaboradoras da residência.

Outra questão importante está relacionada com as visitas dos familiares. A residência dispõe de espaços interiores (salas e quartos) e de jardins, onde os residentes e os seus familiares podem conviver num contexto de maior intimidade; por outro lado, também não são impostos horários rígidos às visitas, o que permite que os familiares visitem os residentes com mais frequência, pois podem vir no fim dos seus horários de

trabalho. Apenas é pedido que não façam muito barulho se for uma hora mais tarde para não perturbar o descanso de todos. Deste modo, verifica-se a existência de condições para os familiares visitarem e passar o máximo tempo possível com os residentes para promover o convívio inter-geracional, as relações de afeto e de cumplicidade e o bem-estar psicológico das pessoas - o sentimento de serem amadas e não serem esquecidas pela sua família e amigos.

A existência destas regras é necessária para uma boa vivência na instituição, no entanto, não significa, como refere Goffman (1996), que os idosos tenham sido despojados da sua personalidade e que tenham de seguir todos os mesmos padrões de comportamento – mortificação do eu.

### **3.3 Direção e colaboradores**

Existem agentes que interagem numa instituição e que podem ser divididos em quatro categorias: a direção, os fornecedores de recursos, os produtores de serviços e os utilizadores de serviços (Gaulejac & Bonetti, 1995).

Tendo por base o terceiro instrumento do sistema de avaliação “SAMES – Lar” – características do pessoal e residentes (ICPR), vai ser feita uma breve caracterização dos colaboradores e residentes.

A Residência Bella Vida Viana tem 20 colaboradores e dois prestadores de serviços (enfermeira e médico) e é composta por: Diretora Geral, Diretora Técnica (Técnica do Serviço Social), Gerontóloga, Técnica de Relações Públicas, Técnica Administrativa, Supervisora Geral, Cozinheira, quatro Ajudantes de Ação Direta, dez Auxiliares de Serviços Gerais, Assistente Operacional e Enfermeira (a tempo inteiro).

O quadro que se segue resume algumas características dos colaboradores que importa saber:

<b>Colaborador</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Antiguidade na Instituição</b>	<b>Situação contratual</b>
Diretora-Geral	35	Licenciatura em Economia	3 anos	Efetiva
Diretora Técnica	39	Licenciada em Serviço Social	5 anos	Efetiva
Gerontóloga	28	Licenciada em Gerontologia	4 anos	Efetiva
Técnica de Relações Públicas	28	Licenciada em Relações Públicas	4 anos	Efetiva
Técnica Administrativa	33	Licenciada em Gerontologia	4 anos	Contrato a Termo
Supervisora Geral	53	Ensino Secundário	7 anos	Efetiva
Cozinheira	50	Ensino Secundário	10 anos	Efetiva
Ajudantes de Ação Direta 1	45	Ensino Secundário	4 anos	Efetiva
Ajudantes de Ação Direta 2	45	3º Ciclo do Ensino Básico	10 anos	Efetiva
Ajudantes de Ação Direta 3	44	Ensino Secundário	5 anos	Efetiva
Ajudantes de Ação Direta 4	50	Ensino Secundário	1 ano	Contrato a Termo
Auxiliar de Serviços Geral 1	42	Ensino Secundário	5 anos	Efetiva
Auxiliar de Serviços Geral 1	44	Ensino Secundário	5 anos	Efetiva
Auxiliar de Serviços Geral 1	25	Ensino Secundário	4 anos	Efetiva
Auxiliar de Serviços Geral 1	37	Ensino Secundário	2,5 anos	Contrato a Termo
Auxiliar de Serviços Geral 1	55	3º Ciclo do Ensino Básico	2,5 anos	Contrato a Termo
Auxiliar de Serviços Geral 1	40	3º Ciclo do Ensino Básico	2,5 anos	Contrato a Termo
Auxiliar de Serviços Geral 1	30	Ensino Secundário	2,7 anos	Contrato a Termo
Auxiliar de Serviços Geral 1	38	3º Ciclo do Ensino Básico	2,7 anos	Contrato a Termo
Auxiliar de Serviços Geral 1	50	Ensino Secundário	2 meses	Contrato a Termo
Assistente Operacional	58	2º Cciclo do Ensino Básico	4 anos	Efetiva
Enfermeira	28	Licenciada em Enfermagem	4 meses	Prestação de serviços

**Quadro 3**

A Diretora Geral é um elemento muito presente, desenvolvendo um papel essencial na coordenação com todos os intervenientes, ou seja, com a administração da empresa, com os fornecedores, com os colaboradores. De salientar que também estabelece uma grande interação com os próprios residentes. É economista e assume todas as funções da gestão da residência, também as de direção financeira.

A Diretora Técnica concebe, implementa e avalia processos chave inerentes à estrutura residencial para seniores. Representa a instituição, junto dos Organismos que tutelam os equipamentos sociais (SS). Tem estas principais funções: coordenação do pessoal técnico; elaboração de procedimentos e normas e garantia do seu cumprimento; realização, avaliação, revisão e monitorização dos planos individuais dos residentes; assegurar o levantamento das necessidades dos residentes e a resolução de conflitos ou situações-problema com os idosos e/ou funcionários; atendimento das famílias... É uma profissional muito presente e acessível que interage bastante com residentes e com os colaboradores.

A Gerontóloga é responsável pela promoção de um envelhecimento bem-sucedido e pela prevenção de problemas pessoais e sociais. Assume várias funções entre as quais se salientam a gestão, administração e organização dos serviços de preservação para o bem-estar dos residentes, nomeadamente a elaboração e implementação dos planos de atividades. Colabora também na elaboração dos planos individuais; analisa os problemas internos e relacionais entre o idoso, a residência e o grupo; intervém ao nível da prevenção e promoção da saúde; participa na avaliação e na vigilância das prescrições clínica e/ou terapêutica, com a finalidade de promover o suporte e a segurança para o bem-estar do residente; conhece os processos normais de envelhecimento detetando atempadamente desvios de carácter patológico; acompanha e/ou encaminha os idosos em situações agudas, reabilitação e morte. É responsável pela animação sociocultural.

A supervisora assume como principais funções: coordenar, organizar e auxiliar a equipa técnica em todos os serviços de cozinha, armazém, lavandaria, bar, compras alimentares, energéticas, sanitárias e de escritório; coordenar a limpeza e higienização das instalações a fim de prevenir contaminações dos espaços e providenciar para que todos os equipamentos sejam utilizados e conservados de modo adequado; dinamizar atividades de cuidados, higiene, conforto e bem-estar do residente.

A maior parte das colaboradoras são ajudantes de ação direta e auxiliares de serviços gerais. São elas que acompanham os residentes no seu dia-a-dia, auxiliando-os e estimulando-os; procedem ao acompanhamento diurno e/ ou noturno dos utentes, dentro e fora da residência, zelando sempre pela sua segurança; prestam cuidados de

higiene e conforto ao residente e servem-lhes as refeições; colaboram na prestação de cuidados de conforto e de saúde - como aplicação de cremes medicinais, execução de pequenos pensos e administração de medicação segundo a sua prescrição e instruções recebidas -, efetuam a higienização, limpeza e arrumação habitacional e das instalações bem como a substituição das roupas de cama, casa de banho e vestuário dos residentes; procedem ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas, recolhem as roupas sujas e efetuam a sua entrega na lavandaria. Executam também as diretrizes da Equipa Técnica, durante o período de acolhimento do utente (entrada para a residência), elucidando-o acerca das rotinas, horários, por exemplo de refeições e ceia, utilização de serviços, tais como telefone ou atividades a decorrer, espaços comuns disponibilizados (piscinas, salão nobre, salas de convívio etc.).

Existem outras pessoas que desempenhem várias funções: como a cozinheira prepara e confeciona os alimentos para que as refeições incluam todas as condições de higiene e segurança alimentar de forma a cumprir com os requisitos da Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controlo (HACCP); a ajudante de cozinha, uma das auxiliares de serviços gerais, auxilia e assegura com eficiência e qualidade a preparação e confeção dos alimentos; a responsável pela lavandaria, outra das auxiliares de serviços gerais lava e seca peças de vestuário, roupas de cama e mesa e outras, utilizando processos manuais e/ ou mecânicos para eliminar a sujidade e os resíduos; a técnica de relações públicas tem como principal função conceber e aplicar estratégias de relações públicas capazes de melhorar a imagem da Organização; a técnica administrativa é responsável por atender e comunicar com os residentes, registar os atendimentos e informações relevantes e transmiti-las aos seus superiores, e por organizar e dirigir os serviços de contabilidade; o assistente operacional assegura a manutenção básica da instituição e desempenha também muitas vezes a função de motorista no transporte dos residentes.

A residência tem também dois prestadores de serviços: uma enfermeira, que trabalha a tempo inteiro e um médico. A enfermeira presta cuidados de enfermagem aos residentes, efetua o controlo de sinais vitais, registo individual e eliminação intestinal e/ou vesical, alimentação por sonda, substituição de algalias, nebulizações, controlo glicémico, pensos, oxigeno-terapia, aplicação tópica de gotas, pomadas, etc.; procede ao

registo e à tomada de providências em caso de necessidade; mantém a informação do Processo Individual Clínico atualizada, registando diariamente atos de enfermagem, intervenções dos clínicos, da equipa de cuidadoras; administra medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico/a, de acordo com as normas de serviço e técnicas reconhecidas na sua função; implementa o plano de cuidados de saúde dos residentes, entre outras funções. O médico organiza e dirige os serviços clínicos e presta cuidados de saúde aos residentes.

De salientar que a rotatividade nesta instituição é pequena. As colaboradoras dizem que gostam de trabalhar lá, porque apreciam a instituição, os residentes, as colegas, as chefias. São colaboradoras motivadas, sempre disponíveis para ajudar em tudo o que for necessário e sempre com um sorriso no rosto.

### **3.4 Os residentes**

O estudo que se propõe fazer com a realização deste estágio na Residência Bella Vida Viana, no âmbito do plano de atividades, implica fazer uma breve caracterização dos idosos residentes, pois só assim será possível compreender os seus níveis de atividade, ou seja, o grau de participação nas atividades desenvolvidas dentro da instituição e/ou fora dela.

A Residência Bella Vida Viana tem 29 idosos permanentes e cerca de 6 idosos temporários (períodos de tempo de um mês até vários meses e/ou fins de semana e férias). Destes 35 residentes, contam-se 22 mulheres e 13 homens.

A média das idades dos residentes é de 84 anos, sendo que a residente mais nova tem 62 e a mais velha 106.

A distribuição dos idosos pelas faixas etárias de dez em dez anos é feita de acordo com o quadro abaixo.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Número de Pessoas</b>
60 - 70	2
70 - 80	8
80 - 90	18
90 - 100	5
> 100	2

**Quadro 4**

No que respeita ao estado civil, verificou-se que a maioria dos residentes são viúvos (as), havendo também cinco residentes solteiras e dois casais. Estes residentes são provenientes do distrito de Viana do Castelo, havendo no entanto, quatro exceções: três senhoras que vieram do Porto, um senhor que veio de Bragança e um que veio dos Açores (há uma senhora norueguesa, uma francesa e um senhor inglês, mas já estavam a residir no distrito de Viana do Castelo quando se institucionalizaram).

No que respeita à situação familiar, constatou-se que a maior parte dos residentes tem filhos, com a exceção de seis. Este facto porém, não se traduz em visitas diárias, nem mesmo semanais de todos os filhos e netos. Há três residentes estrangeiros – um senhor inglês, uma senhora norueguesa, e uma francesa, cujos filhos residem em Inglaterra, EUA e França, pelo que só visitam os seus pais cerca de duas vezes por ano. Existe outra situação semelhante de um senhor que tem quatro filhos, mas todos emigrantes em França, pelo que também vêm visitar o pai cerca de uma vez por ano; no entanto, este senhor tem a visita diária do seu irmão e cunhada. Há também mais alguns casos, cujos filhos visitam muito poucas vezes os pais, embora não residam muito longe (não foi possível perceber os motivos desta situação). Quanto aos restantes residentes, verificou-se que têm visitas regulares da sua família, por norma visitas semanais, com maior incidência ao fim de semana.

No que respeita ao estado de saúde dos residentes, cerca de 41% não tem problemas relevantes; todos os problemas que estes idosos possam ter, estão associados à senescência, sendo importante realçar que quase todos conseguem fazer a maior parte das suas atividades de vida diária. Os restantes idosos apresentam problemas associados

à senilidade: três sofrem de Parkinson, e os restantes sofrem de demência primária e secundária.

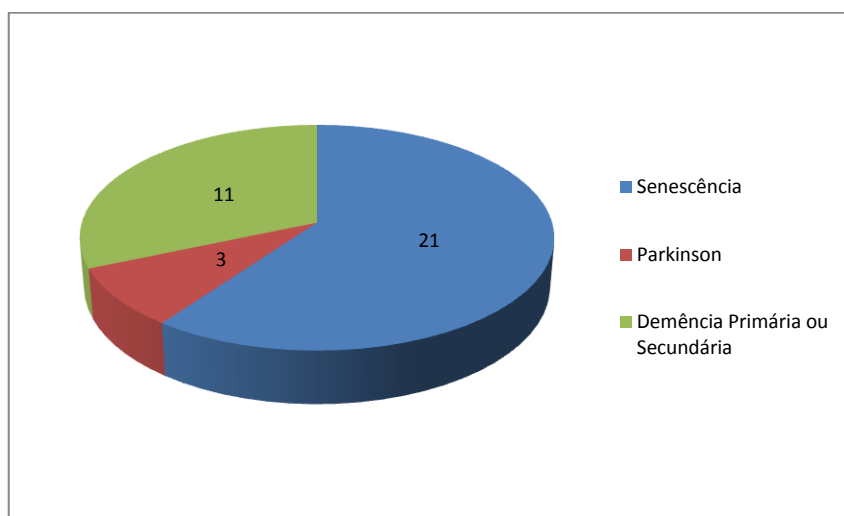
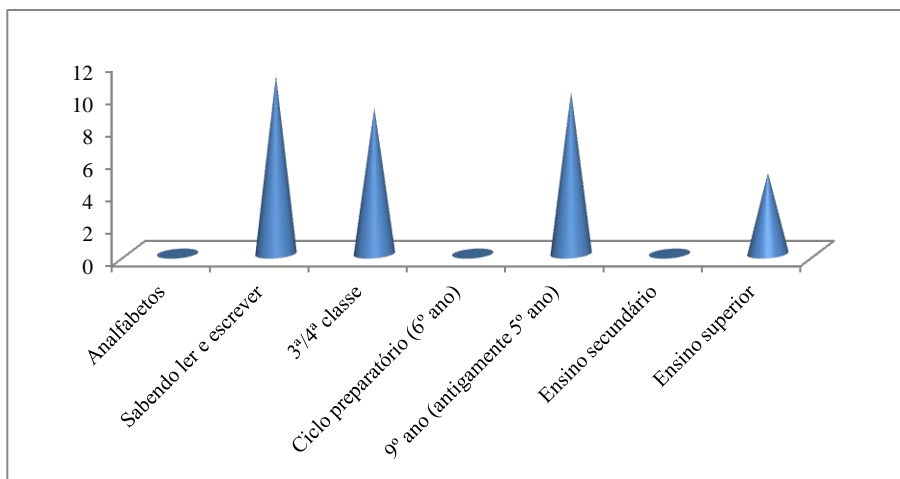


Gráfico 2

Esta informação não foi obtida por consulta de documentos, mas sim por entrevista realizada à Gerontóloga da instituição, que é membro da equipa técnica, pelo que tem que conhecer os diagnósticos clínicos dos idosos para trabalhar os planos de desenvolvimento individuais e adequar a intervenção da animação sociocultural às necessidades dos residentes.

Em termos de grau de instrução, constata-se que a maior parte dos residentes sabe ler e escrever ou tem o primeiro ciclo do ensino básico. No entanto, existem também cinco pessoas licenciadas: um médico, uma psicóloga, uma professora de português e francês, uma fisioterapeuta e uma enfermeira. Existem também duas professoras do primeiro ciclo do ensino básico.



**Gráfico 3**

No que respeita às profissões verifica-se uma certa diversidade, sendo que a maior parte desempenhou profissões intelectuais. Os residentes licenciados exerceram profissão na sua área, embora a fisioterapeuta norueguesa tenha vindo viver para Portugal há vários anos, tendo adquirido uma quinta no Norte, onde produzia e comercializava vinhos. Outros residentes tiveram profissões diversas, podendo-se destacar algumas: professoras do ensino básico, enfermeiras, agente da GNR, bancário, telefonista, proprietários de estabelecimentos comerciais, vendedor, empregada doméstica, trabalhador da construção civil, doméstica. Com base na classificação das profissões do ICPR, elaborou-se o seguinte quadro:

<b>Classes Profissionais</b>	<b>Nr de Trabalhadores</b>
Trabalhadores não qualificados da indústria e serviços	5
Operários	0
Empregados de Balcão, Vendedores	5
Empregados executantes de escritório	1
Técnicos e encarregados	0
Profissões intelectuais e de enquadramento	13
Profissões liberais	0
Trabalhadores independentes da indústria, agricultura e serviços	0
Doméstica	11

**Quadro 5**

Um outro aspeto importante de referir é a decisão da institucionalização. Em termos gerais, há basicamente dois motivos que levaram estas pessoas a tornarem-se residentes da Bella Vida Viana: decisão da própria pessoa, devido à inexistência de família direta, e, conseqüentemente, à solidão e isolamento (encontrando na institucionalização apoio e companhia); o outro motivo foi o estado de saúde dos idosos – aparecimento de problemas de saúde, e conseqüente perda de autonomia e necessidade de cuidados especializados, e inexistência de suporte familiar, ou seja, a família direta não tem condições a vários níveis para cuidar dos seus familiares (tempo, conhecimentos, condições das suas casas, distância, etc), pelo que tomou a decisão de institucionalizar os seus familiares idosos.

## **CAPÍTULO 4 – ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL**

### **4.1 Processo de Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal – Manual da qualidade**

A Estrutura Residencial constitui-se como uma resposta social, desenvolvida em equipamento e destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia, que por opção própria, por inexistência de outra solução, pretendem integrar-se numa estrutura residencial. Nesta estrutura podem aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado.

Por este motivo, é fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as necessidades específicas de cada pessoa, de acordo com as necessidades, interesses e desejos de cada um. Estas estruturas devem orientar toda a sua atuação para o cliente/ idoso, que é o centro, a razão da existência destas residências, ou seja, todas as atividades devem ser desenvolvidas de forma a satisfazer as necessidades e interesses dos idosos que são os seus clientes.

Dos vários objetivos das estruturas residenciais, podemos destacar os principais: promover a qualidade de vida; proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; privilegiar a interação com a família e/ou com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social; promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma na organização das atividades da vida diária.

Neste contexto, a gestão da qualidade é entendida cada vez mais como um instrumento de orientação para a gestão de equipamentos sociais, agregando e integrando todas as suas dimensões. No nono processo chave – processo de planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal - o manual da qualidade traça linhas orientadoras para a sua implementação.

De acordo com as referências contidas no manual de processos chave da estrutura residencial para idosos, o processo de planeamento das atividades de desenvolvimento pessoal (PADP) é composto por seis fases, a saber: levantamento das necessidades dos idosos residentes; análise dos recursos necessários; elaboração do plano de atividades; validação; implementação e, por fim, avaliação. Todo o processo de PADP encontra-se descrito na IT01.PC07.

A primeira fase consiste no levantamento de necessidades, no qual é feita uma entrevista ao idoso com o objetivo de identificar e analisar as necessidade, expectativas e interesses de cada um relativamente a cada tipo de atividade, bem como os principais objetivos a alcançar em cada atividade. Para tal, é necessário ter em conta a localização, a calendarização, bem como os limites à participação.

Com base no levantamento das necessidades, elabora-se o PADP, o qual deve sistematizar os objetivos gerais e específicos a serem atingidos em cada atividade, os recursos necessários à sua execução, a calendarização e os resultados da monitorização e avaliação.

Após elaborado, o PADP deve ser validado por todas as entidades participantes, ou seja, os idosos, os técnicos da instituição e outros colaboradores, os voluntários e os parceiros ou colaboradores de outros serviços ou entidades externas. Depois de validado, poderá ser implementado.

Por fim, a última fase consiste na avaliação, cujo objetivo é medir a eficiência e eficácia. O PADP deve ser avaliado e revisto semestralmente, envolvendo todos os intervenientes (incluindo a família dos idosos). Os indicadores de monitorização e avaliação podem ser entrevistas/questionários de satisfação, registos e pareceres técnicos em domínios específicos.

## **4.2 Processo de planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal na residência Bella Vida Viana**

Um Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal tem como principais objetivos promover o envelhecimento ativo; proporcionar aos idosos experiências que lhes permitam uma valorização pessoal e social; promover novas formas de entretenimento e lazer e reforçar a integração na comunidade e o relacionamento intergeracional.

A Bella Vida Viana elabora um PADP semestralmente que é posteriormente implementado, sendo a gerontóloga a colaboradora responsável por todo este processo, com a supervisão da Diretora Técnica da instituição.

Este processo chave é realizado duas vezes por ano, no Outono, com início em Novembro e fim em Dezembro, e na Primavera, com início em Maio e finalização em Junho.

O início deste processo ocorre com a aplicação de escalas geriátricas. A escala de avaliação das atividades de vida diária – escala de Barthel - é aplicada sempre que é admitido um idoso, sendo, após esta situação, aplicada uma vez por ano (normalmente em Outubro ou Novembro). Este instrumento tem por objetivo a avaliação do grau de dependência dos idosos, fundamental para a análise das suas possibilidades de participar nas atividades e é levado a cabo por meio da observação realizada pela enfermeira e pela gerontóloga da instituição.

As outras duas escalas geriátricas são aplicadas duas vezes por ano, em Novembro e em Maio. São elas o Mini Mental Examination de Lobo (1979) que avalia o estado cognitivo dos idosos e a escala de depressão geriátrica de Yesavage (1983) que avalia a ausência/ existência de depressão. Ambas as escalas são aplicadas por questionário feito através de uma entrevista individual. Os resultados obtidos facilitam a percepção das capacidades de os idosos participarem nas atividades, tornando possível a elaboração de um plano de atividades de acordo com as capacidades dos idosos.

Após a aplicação destas escalas, dá-se início ao processo chave do planeamento das atividades de desenvolvimento pessoal, composto por três fases: a primeira fase é apelidada de “entradas”, a segunda de “processo PC07” e a terceira de “saídas”.

A primeira fase tem início com a realização da entrevista de levantamento das necessidades aos idosos. Esta entrevista é composta por poucas perguntas, que têm como objetivo saber qual a importância que os idosos dão à participação das atividades, qual a opinião que têm sobre o último plano de atividades, quais as suas necessidades, interesses e expectativas sobre os vários tipos de atividades que se podem desenvolver, bem como os principais obstáculos à participação.

Seguidamente, após a análise das referidas entrevistas, é elaborado o plano semestral das atividades ocupacionais. Os PADP da Bella Vida Viana contemplam vários aspetos, entre os quais se destacam:

- Período de vigência – seis meses (de Janeiro a Junho e de Julho a Dezembro);
- Tema – cada PADP é dedicado a um tema;
- Objetivos Gerais;
- Recursos Humanos;
- Recursos Materiais;
- Disposição do Plano Semestral;
- Celebração dos Aniversários dos Residentes;
- Conselhos e Normas de Conduta para Deslocações ao Exterior;
- Programação – Atividades Quotidianas;
- Programação – Atividades Intelectuais/Formativas;
- Programação – Atividades Lúdicas-Recreativas;
- Programação – Atividades Espirituais e ou Religiosas;
- Programação – Atividades Desportivas;
- Programação – Atividades Socioculturais

No que toca ao Plano de Atividades elaborado durante a realização deste estágio, ou seja, o PADP para Janeiro a Junho de 2013, cujo tema é “Corpo, Alma e Envelhecimento”, os objetivos gerais são promover o envelhecimento ativo, proporcionar aos residentes novas experiências que lhes permitam uma valorização

peçoal e social, promover novas formas de entretenimento e lazer, reforçar a integraçã na comunidade e intergeracional e envolver os familiares nas atividades ocupacionais, facilitando a sua participaçã.

No que respeita aos recursos humanos, para a realizaçã das atividades propostas, terã que colaborar a animadora sociocultural (gerontóloga) e outras colaboradoras, o motorista, monitores (as) de pintura, professor(a) de informática, professor(a) de desporto e pároco. Quanto aos recursos materiais e no que respeita às atividades quotidianas, é necessário o Jornal de Noticias, fotocópias dos passatempos e revistas, cartas, dominó e damas. Para as atividades lúdicas-recreativas, sã necessárias tintas, pincéis, cola, guardanapos, telas, purpurinas, cartolinas, papel crepe e massa de moldar.

As atividades Intelecto/ Formativos exigem a existêcia de computadores/ retroprojctor/ impressora, e o transporte é feito por uma carrinha de 9 lugares (2 lugares para dependentes), sendo que por vezes pode ter que ser utilizada também uma carrinha de cinco lugares.

O PADP semestral encontra-se disponível na sala do Bar, no Gabinete da Animadora Sociocultural e da Diretora dos Serviços Gerais e, uma vez por semana, é afixado um Plano de atividades, constituído por dois períodos (manhã/ tarde), no qual os residentes selecionam as atividades propostas. O PADP contempla também conselhos e normas de conduta para deslocações ao exterior, ou seja, os conselhos sobre o vestuário adequado às condições climatéricas, as normas para a marcação e anulaçã das visitas. O transporte é garantido pela residêcia.

Outro aspeto que é tido em conta é o dos aniversários. Nesta residêcia, a celebraçã dos aniversários dos residentes é efetuada, sempre que seja essa a vontade do residente, e realiza-se na hora do almoço ou lanche.

Após a breve referêcia destes aspetos, vai-se proceder à análise da questã mais relevante do PADP que sã as próprias atividades.

As atividades quotidianas são dirigidas a todos os residentes. São desenvolvidas diariamente e têm por objetivo a estimulação cognitiva, nas várias vertentes, como a memória de curto prazo, a atenção, a concentração, a promoção da agilidade mental e do raciocínio e a estimulação visual. Consistem nas palavras cruzadas, jogo das diferenças, sopa de letras, jogo do *sudoku* e jogos de mesa (nestes participam também os idosos dependentes).

As atividades intelectuais/ formativas dirigem-se aos residentes autónomos, semiautónomos e algumas também aos dependentes. Pretendem favorecer a estimulação cognitiva, o uso de tecnologias, o trabalho óculo-manual, o contacto com a informação diária e com a literatura, a promoção do convívio e a promoção da capacidade funcional. O PADP em questão tem programadas atividades de leitura de jornal e revistas, que envolvem todos os residentes, incluindo os dependentes, e são feitas diariamente, aulas de informática semanais que, para além dos residentes, frequentam também alunos da Academia Sénior de Viana do Castelo e sessões de conto sénior que ocorrem mensalmente.

Outro tipo de atividades são as lúdicas-recreativas que são pensadas para todos os residentes. Consistem na confeção e produção de trabalhos manuais alusivos a diversos temas. Pretende-se obter a estimulação da criatividade e imaginação, a promoção do trabalho cognitivo – atenção e concentração, o desenvolvimento da motricidade fina e a coordenação e precisão psicomotora.

Este PADP prevê também a participação em atividades de carácter espiritual/ religioso, como as orações diárias na capela da residência, a Eucaristia do primeiro sábado de cada mês celebrada na capela da instituição e a Missa Dominical celebrada na Igreja da freguesia da Areosa. Aspira-se à promoção de sentimentos de conforto e paz, estimulam-se os sentimentos de irmandade, auxílio mútuo, amor, e a manutenção do ato religioso.

As atividades desportivas são importantes para a saúde dos idosos. Por esse motivo, também fazem parte do plano de atividades e destinam-se a todos os idosos, mesmo aos dependentes. Usufruindo dos espaços interiores e exteriores que permitem a sua realização, estas atividades consistem em fazer caminhadas, passeios e sessões de

ginástica passiva. Pretende-se atingir um incremento da atividade neuromuscular, a mobilização das articulações, o desenvolvimento motor – equilíbrio, coordenação mental e trabalho cognitivo – a atenção e coordenação, a promoção da agilidade e motricidade global, o trabalho neuromuscular e o contacto com o meio exterior.

Por fim, programam-se as atividades socioculturais direcionadas a todos os idosos. Estas atividades têm como principais objetivos: promover a sociabilização e momentos de lazer e convívio entre os residentes, promover a cultura dos residentes e o contacto com outro ambiente, nomeadamente eventos culturais da cidade local, fomentar e desenvolver os elos de ligação entre os idosos e a comunidade, proporcionar momentos de convívio e paz espiritual. São exemplo os passeios/ visitas a vários locais, visitas a museus e património histórico, a jardins e quintas, a santuários, participação em bailes, teatro, sessões de conto sénior, sessões de partilha de histórias feitas com outros idosos.

Com base no PADP semestral, é elaborado o plano semanal de acordo com as circunstâncias, ou seja, pode surgir necessidade de se fazerem pequenas alterações motivadas por diversos motivos, entre os quais alterações a nível de instituições e pessoas externas à residência.

Posteriormente, são definidos os objetivos no PDI relativos à participação nas atividades, concluindo-se desta forma a primeira fase do processo. A segunda fase consiste na execução das atividades, por meio das quais a responsável tenta envolver e entusiasmar todos os residentes, respeitando, no entanto, a sua vontade de não participar.

Para finalizar o processo, segue-se a terceira fase denominada “saídas”, é composta por três ações: o registo das presenças nas atividades feito diariamente, através do formulário IMP03.IT01.PC07; a monitorização anual do grau de participação das atividades-tipo (baseada nos registos das presenças), onde se consegue verificar o grau de participação, o tipo de atividades em que cada idoso participa mais e por fim, a verificação dos objetivos definidos no PDI.

## CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES

Neste capítulo iremos fazer a análise da participação dos idosos da amostra nas atividades realizadas apenas no mês de Dezembro de 2012, por forma a concretizar o objetivo deste estudo, que é perceber o grau de adequação das atividades às necessidades das pessoas e identificar os fatores determinantes na adesão a essas mesmas atividades. Iremos também proceder à verificação das três hipóteses colocadas:

- 1) As pessoas aderem às atividades de acordo com os seus interesses e gostos;
- 2) As pessoas aderem às atividades em função das suas capacidades físicas e mentais objetivas ou interiorizadas;
- 3) Há dinâmicas de grupo e questões de relacionamento interpessoal que influenciam a adesão às atividades.

### 5.1 Descrição das atividades no mês de Dezembro de 2012

As instituições não devem responder apenas às necessidades mais proeminentes (alimentação, higiene, cuidados médicos e de enfermagem), mas também à participação, ocupação e vida social dos utentes, igualmente importante, pois os idosos têm em média oito horas diárias que devem ser tempos de lazer e de comunicação (Jacob 2007). Este autor defende que *“a animação dos idosos começa quando respeitamos os mais elementares dos seus direitos, como sejam o direito à escolha, o direito à privacidade e o direito à integração e participação nos pormenores da sua vida”* (Jacob, 2007:37). Tenhamos em conta esta possível situação: que os idosos pudessem sentir a instituição como sua e tivessem a oportunidade de fazer determinadas escolhas – quanto ao horário de deitar e acordar, aos programas de televisão preferidos – que pudessem ir à rua quando quisessem e participar em tarefas da instituição como ajudar na cozinha ou no jardim... Desta maneira, haveria cerca de 80% de animação realizada nas instituições, sendo que os restantes 20% seriam ocupados com as atividades de animação tradicionais.

As autoras Choque e Choque (2004) são da opinião que o Animador Sociocultural pode desenvolver diversas atividades com os idosos: físicas; cognitivas; expressão e comunicação; expressão plástica; socioculturais; domésticas e espirituais.

A residência agrupa estas atividades em cinco categorias: quotidianas; desportivas; religiosas; lúdicas-recreativas e socioculturais.

As atividades quotidianas (realizam-se diariamente) incluem ocupações cognitivas como ler, escrever, passatempos de jornais e revistas, jogos de mesa (damas, dominó, bingo, cartas, que na classificação de Choque e Choque pertencem às atividades de comunicação). Estas atividades têm como função estimular a mente, para combater um dos principais receios associados ao envelhecimento, a diminuição da memória e do funcionamento cognitivo.

No entender de Azevedo e Teles (2011), o envelhecimento pode trazer alguns esquecimentos, como nas tarefas quotidianas, ou a necessidade de demorar mais tempo a aprender conteúdos novos, no entanto este declínio cognitivo pode dever-se, em parte, à falta de uso das capacidades podendo ser prevenido, ou até mesmo retardado, através do uso e treino adequado das várias funções cognitivas.

No que toca às atividades desportivas, existe uma série de exercícios físicos que podem ser aplicados às pessoas idosas e ser considerados de maior importância. Segundo Araújo (2011), a prática da atividade física está ligada a um envelhecimento saudável, sendo a inatividade origem de muitas patologias, alterações anatómicas e funcionais. Assim, o exercício regular pode permitir que se atinjam objetivos físicos, através da manutenção ou aumento da resistência, força muscular, flexibilidade e equilíbrio; objetivos psíquicos, com a melhoria das capacidades cognitivas, perceptivas e de coordenação; e objetivos sociais, por meio da manutenção ou melhoria das capacidades comunicativas com os outros e com o ambiente. A residência organiza atividade físicas como marchas/ caminhadas pela residência e seus jardins, bem como a ginástica sénior (no ginásio e com o acompanhamento de um professor) e a ginástica passiva, realizada na sala do Bar, que consiste em alongamentos.

As atividades religiosas/ espirituais têm, de acordo com Choque e Choque (2004) a missão de dar aos idosos meios que lhes permitam manter os seus valores e, se possível, desenvolver outros. Para estas autoras, a espiritualidade pode ser definida como a busca de um sentido. “Que sentido dei à minha vida?” “Como vivo o momento presente?”.

Na residência, as atividades organizadas são a oração diária do Terço e a participação na Eucaristia - uma vez por mês, vem o sacerdote celebrar Missa na capela da residência e, nos restantes fins de semana, os idosos que querem são levados à Missa na igreja da paróquia.

No que respeita às atividades lúdicas-recreativas estas incluem as de expressão plástica como a pintura, a escultura, os trabalhos manuais, e também as atividades denominadas domésticas como a organização de festas (Natal, Passagem de Ano, Carnaval, Páscoa, etc.), jardinagem e bricolage e cozinha terapêutica (a bricolage e a cozinha terapêutica não se realizam nesta residência).

Choque e Choque (2004) referem que as atividades de expressão plástica permitem responder, de forma simples, a necessidades de comunicação, bem-estar e autonomia. Para Jacob (2007), este tipo de tarefas permite que os idosos se expressem através das artes plásticas e dos trabalhos manuais.

No mês de Dezembro, na residência, foram dadas aulas de pintura, foram feitos trabalhos manuais alusivos ao Natal: anjinhos e outras peças decorativas, pequenos presentes para a troca de prendas e para oferecerem aos familiares/amigos (os senhores fizeram um suporte para canetas e as senhoras umas pregadeiras com flores em tecido). Para além destas atividades, houve também a decoração de Natal da residência e a preparação e participação na festa de Natal.

Por fim, as atividades socioculturais consistem em visitas a museus, exposições, idas ao cinema, teatro, concertos, conferências, passeios, projeção de filmes, entre outros. A residência inclui também os jogos de grupo - jogos das palavras, provérbios e adivinhas, debates sobre temas, reflexões, entre outros - a participação de alguns idosos nos ensaios de uma peça de Teatro organizada pelo Grupo de Teatro de Viana do

Castelo e as visitas livres semanais à cidade, sendo que a residência disponibiliza o transporte e os idosos que querem vão sozinhos ou em grupo fazer o que quiserem (tratar de assuntos pessoais, ir às compras, etc.). Quanto aos passeios, em Dezembro, foram feitas duas visitas a exposições de presépios – uma em Viana do Castelo e outra no Castelo de Valença, foi organizada uma ida ao centro comercial de Viana para apreciar as decorações de Natal, fazer compras e uma pequena visita ao centro de Meadela (uma vila que fica próxima da residência). Atendendo às condições meteorológicas próprias desta altura do ano, não se realizaram passeios/vistas a sítios mais distantes.

Este tipo de atividades promove a participação social, que implica o conhecimento e convívio com diversas pessoas que, segundo Paúl (2005), tem um efeito protetor que amortece o stress associado ao envelhecimento.

Remetendo-nos a Ribeiro (2008), envelhecer não implica apenas a interpretação dos mecanismos inerentes a um ajuste às perdas, pelo contrário pressupõe desenvolver processos de crescimento pessoal e realçar aspetos de posturas de otimismo em relação à vida. O envolvimento continuado na vida da comunidade e em atividades gratificantes, a aceitação por parte do grupo social, a existência de objetivos de vida e a liberdade individual constituem um modelo psicológico de velhice bem-sucedida.

A análise das atividades organizadas e participadas nesta instituição foi feita tendo por base o mês de Dezembro de 2012, no qual foram organizadas 111 atividades no total, distribuídas pelas cinco categorias de atividades que a residência considera no seu PADP e que podemos analisar nos quadros abaixo.

A. QUOTIDIANAS	A. DESPORTIVAS	A. RELIGIOSAS	A. LÚDICAS - RECREATIVAS	A. SOCIOCULTURAIS	TOTAL
49	10	26	7	19	111
44%	9%	23%	6%	17%	100%

Quadro 6

A. Quotidianas			A. Desportivas		A. Religiosas		A. Lúdicas - Recreativas			A. Socioculturais				
Leituras e Passat.	Jogos de Mesa	Bingo	Ginástica Senior	Ginástica Passiva	Terço	Missa	Atelier Pintura	Trabalhos Manuais Natal	Decoração de Natal	Teatro	Passeios ao Exterior	Exibição de Filmes	Jogos de Grupo	Visitas à Cidade
28	3	18	8	2	22	4	3	3	1	3	4	3	2	7
25%	3%	16%	7%	2%	20%	4%	3%	3%	1%	3%	4%	3%	2%	6%

Quadro 7

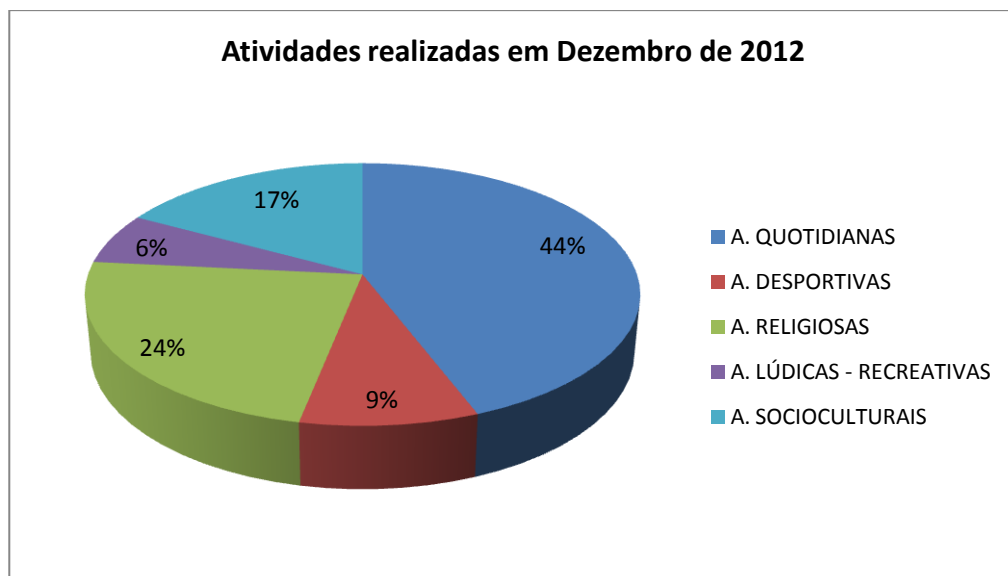


Gráfico 4

## 5.2 Análise e conclusões da participação dos dez idosos da amostra

Neste ponto serão apresentados e analisados os dados recolhidos através das entrevistas feitas aos idosos participantes deste estudo, bem como à diretora técnica e à gerontóloga, e também através da análise documental, nomeadamente os planos de desenvolvimento individual, a avaliação do plano de atividades, o questionário de avaliação do grau de satisfação dos clientes e também a observação direta, procurando pois articular estes dados com as reflexões teóricas anteriormente expostas.

No início do estágio foram realizadas as entrevistas de avaliação das necessidades dos idosos no que respeita às atividades. Curiosamente, os idosos desenvolveram as respostas às perguntas pessoais, mas deram respostas muito curtas e diretas em relação às perguntas sobre as atividades. Em termos gerais, todos disseram que acham importante participar em atividades porque “ajuda a passar o tempo e promove o convívio”. As idosas B1 e B2 salientaram outra razão: “*aprendemos sempre algumas coisas novas e obriga-nos a exercitar o cérebro*”.

Relativamente às atividades organizadas pela residência, também há consenso, pois todos dizem que gostam, embora uns gostem mais de um tipo de atividades do que outros; no entanto, e citando os idosos A1, A4 e A5, “*há sempre atividades que satisfazem os gostos e necessidades de todos*”.

No que concerne às atividades que mais suscitam os seus interesses, verificou-se haver muitas de interesse comum em ambos os grupos.

Vamos fazer uma análise aos gostos e interesses dos idosos do grupo A, expressos na entrevista de levantamento de necessidades realizada.

A idosa A1 é uma senhora muito participativa e conversadora, no entanto, raramente vai aos passeios. Diz: “*como nunca sei quando é que alguém me vem visitar, não quero que chegue aqui alguém da família para me ver e que eu não esteja*”. Porém, esta senhora, raramente recebe visitas, pelo que não se consegue perceber a verdadeira razão de não participar nos passeios programados. Quanto a outras atividades ela diz-nos: “*gosto muito de ir ver às procissões de festas religiosas; gosto de jogar dominó, bingo, e àqueles jogos de grupo, como as adivinhas, provérbios e outros do género. Também gosto de ler revistas e fazer trabalhos manuais, mas os que são simples, porque não tenho muito jeito! E também gosto de conversar na sala com as outras pessoas.*”

O idoso A2 respondeu que gosta de ler o jornal, de ver televisão “*...gosto de estar informado e de saber o que se passa no mundo; também gosto de ver os filmes que nós vemos aqui uma vez por semana; gosto de ouvir música romântica e do folclore do Minho que é tão bonito; e gosto muito de ir aos passeios e de ir todas as semanas à cidade; vou as duas tardes, só se não puder; vou sempre lá lanchar às confeitarias e toda a gente já me conhece e eu*

*também conheço toda a gente... e também passeio por lá e encontro sempre alguém que, se não for conhecido, passo a conhecer!”*

Quanto à idosa A3, gosta muito de coisas populares e joga muitas vezes jogos de mesa como as cartas, o dominó e o bingo. Para além disso, “...gosto muito de ir aos passeios, aqueles passeios que fazemos e em conhecemos sítios novos e vemos coisas lindas, como os passeios que fizemos a Aveiro, Porto, Braga, Buçaco, Fátima. Eu gostava muito que a residência organizasse passeios a Espanha também, por exemplo Santiago de Compostela, Coruña... até podia ser um fim de semana e ficávamos lá a dormir. Também gosto muito das festas religiosas como a Senhora da Abonança que tem aquela procissão com aqueles andores todos enfeitados e tão lindos! Gosto também de ver filmes e de ir ao teatro.”

Para o idoso A4, é importante conviver com os outros. “As atividades em que gosto de participar? Gosto de jogar cartas, dominó e damas; gosto muito de ver documentários sobre animais; gosto de ouvir música alegre, de ver filmes e de ir ao teatro; e gosto de fazer trabalhos manuais. Eu gosto de pintar e até tenho jeito – fui estucador grande parte da minha vida..., mas não vou a essas aulas porque só vão senhoras e não quero ser o único homem, senão até ia!”.

A última idosa do grupo A – A5, diz “gosto de ver televisão, às vezes também gosto de jogar o dominó e outros jogos e gosto muito de ir aos passeios, festas e bailaricos, onde haja música alegre, do tipo Quim Barreiros e Augusto Canário. Também gosto de ir à cidade, nem que seja para ir ter com o meu filho à ourivesaria, ou ir lanchar.”

Seguidamente, iremos apresentar os gráficos que traduzem, em percentagem, o grau de participação dos idosos dos grupos A e B, às atividades realizadas em Dezembro de 2012. Antes de mais, é importante salientar que o mês de Dezembro é um pouco atípico, porque nele se comemoram duas grandes festas do ano: o Natal e o Ano Novo. Isto significa que a maior parte dos idosos vão passar estas festas com a família, o que se traduz numa ausência de dois ou quatro dias, pelo menos. Para além disso, realizaram-se mais atividades lúdicas-recreativas, o que fez diminuir as visitas à cidade. Daí a percentagem das participações nas atividades socioculturais poder distorcer um pouco a realidade normal dos restantes meses do ano.

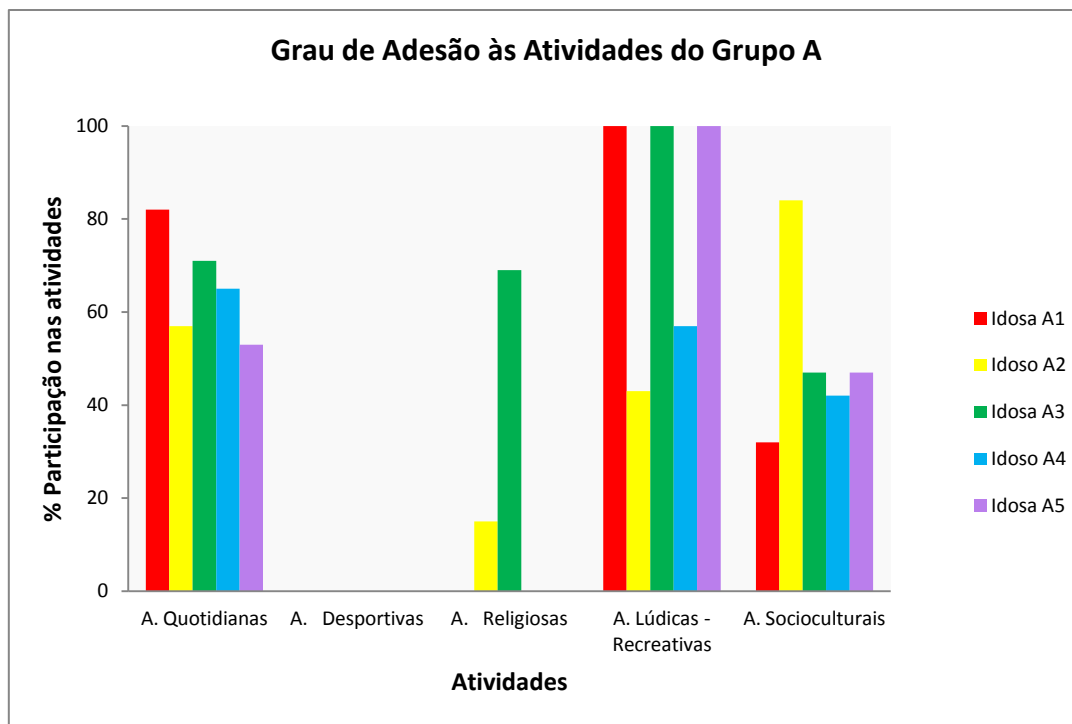


Gráfico 5

Analisando a percentagem de participação do grupo A, constatamos que, na generalidade, as atividades em que estes idosos mais participam são as lúdicas-recreativas (média de 80%), seguidas das quotidianas (65% em média) e depois as socioculturais (50% em média), havendo pouca participação nas atividades religiosas (cerca de 17%) - este grupo não participou em qualquer atividade desportiva e de facto, ninguém mencionou estas atividades nas entrevistas.

Quanto às atividades religiosas, apenas dois idosos participam, o idoso A2 participou 15% e a A3 69%, apesar de nenhum deles ter referido na entrevista que gostava de participar (para eles isto não é considerado uma atividade, mas sim uma prática em que foram educados).

As atividades lúdicas-recreativas foram as mais participadas em Dezembro, sendo que a idosa A1 participou 100% e, curiosamente, também as idosas A3 e A5, que não mencionaram na entrevista o gosto pelas atividades lúdicas-recreativas, no entanto, participaram a 100 % nestas atividades em Dezembro.

No que respeita às atividades quotidianas, normalmente a participação é superior, mas dado que a maior parte dos idosos se ausentou alguns dias para as festas, a

participação foi menor. Todos os idosos participam diariamente nestas atividades, seja na leitura de jornais ou revistas, nos seus passatempos ou nos jogos, no entanto, apenas a idosa A1 mencionou os jogos e a leitura; o idoso A2 não falou sobre isto, no entanto lê o jornal e faz os passatempos todos os dias (mas não participa em jogos de mesa); a idosa A3 salientou os jogos, pois realmente gosta muito dos jogos de mesa, mas também lê, de vez em quando, revistas “cor de rosa”; o idoso A4 falou nos jogos (que participa de vez em quando) e não falou nas leituras e passatempos, no entanto, é o idoso deste grupo que mais lê jornais, livros e revistas do tipo “Visão”, “Sábado” e outras sobre animais ou outros temas e faz sempre os passatempos. Por fim, a idosa A5, nem sequer referiu este tipo de atividades, mas tem uma grande participação nos jogos e nas leituras.

No que concerne às atividades socioculturais, verificamos que houve uma participação de 50%, sendo que em meses normais é de cerca de 70%. Isto porque em Dezembro, para além das festas passadas com a família, e de terem sido organizadas mais atividades lúdicas-recreativas, um dos passeios foi ao centro comercial de Viana (a que vão muitas vezes nas saídas livres à cidade) e outro foi ao centro de Meadela, uma freguesia do concelho de Viana do Castelo, sem grande interesse, pelo que teve pouca adesão. O idoso A2, que gosta muita de sair, teve uma participação de 84%, o que vai ao encontro do que ele diz. As idosas A3 e A5, que também dizem que gostam muito de sair, participaram apenas em 47%. De salientar que a idosa A3 disse que gosta de ir ao teatro (porque fica bem dizer isto), mas na realidade não gosta e não vai, isto porque não tem formação suficiente para perceber a mensagem das peças.

Passamos agora à análise das necessidades e interesses dos idosos do grupo B.

A idosa B1 foi a residente que mais falou sobre as atividades. Começou por dizer *“acho muito importante participar em atividades porque contribui para passarmos o tempo de forma agradável, também é uma forma de convivermos e de exercitarmos o cérebro. Eu participo em muitas atividades, mas também é importante dizer que nem sempre temos disposição para o fazer, mesmo naquelas atividades que mais gostamos; quando estamos doentes, ou mais cansados, ou mesmo sem grande disposição. Também tenho consciência de que há atividades em que eu gostaria de participar, mas não são possíveis de realizar, como por exemplo formar um coro – não temos aqui pessoas suficientes para o compor. Gosto muito*

*de ir aos passeios, principalmente aqueles que têm coisas interessantes para ver, como por exemplo a visita ao palácio da Brejeira em Monção. Também gosto muito de trabalhos manuais, principalmente pintura; gosto de ver filmes, de ir ao teatro; gosto de jogos de grupo como o das palavras, adivinhas, provérbios, ou de leituras sobre temas e debates sobre os mesmos; rezo o terço todos os dias, mas gostava que rezássemos também outras orações diferentes ou ler e refletir um pouco na Bíblia ou sobre a vida de alguns santos, mas gostava de poder fazer isto nesta sala (ala sul) e não na capela; quando posso, faço uma caminhada – é saudável e eu sinto-me bem.”*

A idosa B2 gosta muito de ginástica, dança e de aprender coisas novas “...gosto de fazer ginástica e dança porque é bom para a saúde; gosto de cinema/ ver os filmes cá e gosto muito de teatro, seja como espetadora, mas mais ainda como participante/ atriz, já participei em algumas peças e sempre que o grupo de teatro ensaia uma peça na qual possamos participar, eu participo. Quanto aos jogos, gosto daqueles de grupo que tenham interesse, como adivinhas, provérbios, palavras, leituras e debates sobre alguns temas; também gosto dos passeios, mas mais daqueles onde nós visitamos sítios que têm coisas interessantes para ver. Vou sempre à cidade às terças e quintas porque gosto de ir tratar das minhas coisas pessoais e também porque ando na universidade sénior e algumas aulas são no centro da cidade.”

A idosa B3 não falou muito sobre as atividades. O que disse foi “gosto de ver filmes, de jogos de grupo como adivinhas, provérbios, debates sobre temas; também rezo sempre o terço e gostava que se organizassem outras orações aqui nesta sala (ala sul); também gosto muito de passear, gosto de passeios como por exemplo, um passeio de barco que fizemos em Viana e a Santa Tecla. Mas há uns meses para cá tenho tido tantas dores nas pernas que até me custa caminhar muito, por isso nos últimos tempos vou pouco aos passeios...porque eu ia a todos os passeios e antes de vir para cá também viajei bastante, ao estrangeiro e tudo.”

O casal B4 e B5 – entraram em Setembro, pelo que ainda não conheciam bem as atividades e falarem só de algumas. A idosa B4 confidenciou: “ainda estamos cá há pouco tempo, estamos ainda a conhecer muitas coisas da residência, mas posso dizer que gosto muito de cuidar de plantas, flores e de fazer arranjos florais; acho que por eu ter dito isso, perguntaram-me se eu gostaria de ficar responsável pelas plantas da residência e eu aceitei e faço-o com muito gosto. Que posso dizer mais? Gosto de ler o jornal e revistas e de conversar com as senhoras que costumam estar nesta sala (senhoras do grupo B)”.

O idoso B5 referiu apenas “ *gosto de ler o jornal, de conversar, de ir a passeios onde se visitem locais interessantes e gosto também de pesquisar coisas na internet no meu computador que tenho no quarto (a residência disponibiliza wireless para que tal seja possível)*”.

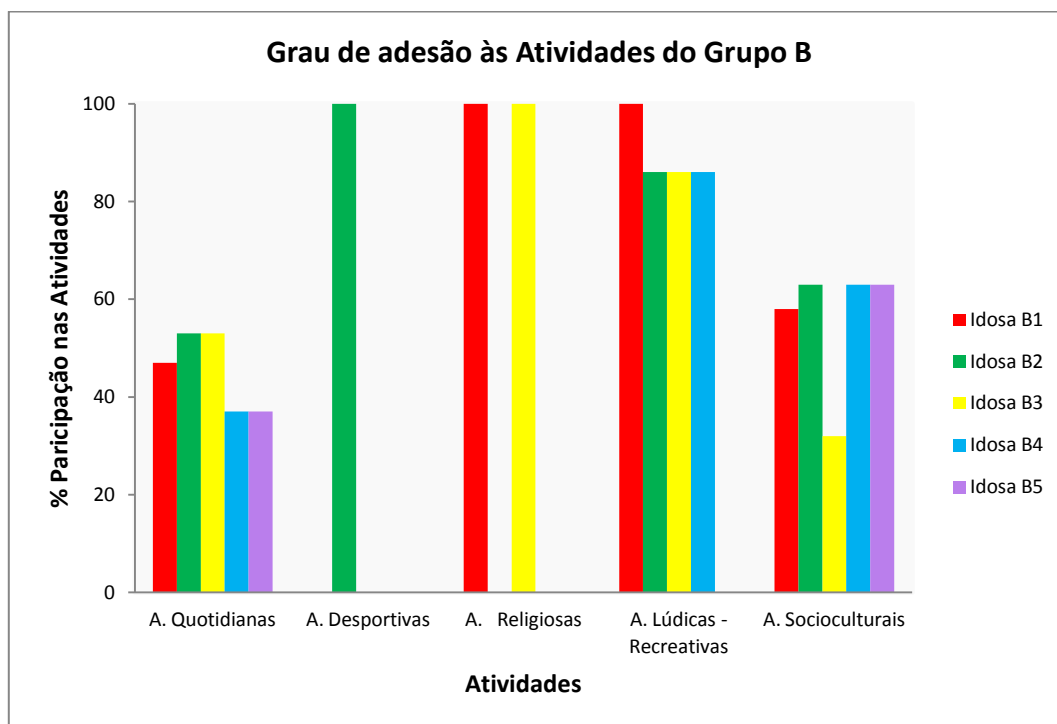


Gráfico 6

Fazendo agora a análise da percentagem de participação do grupo B, verificamos que, em termos gerais, as atividades em que estes idosos mais participam são as lúdicas-recreativas (média de 72%), depois as socioculturais (56% em média), seguidamente as quotidianas (45% em média). Este grupo tem uma participação significativa nas atividades religiosas (média de 40%) e participa nas atividades desportivas (média 20%).

As atividades desportivas são praticadas a 100 %, apenas pela idosa B2. Nas atividades religiosas participam apenas as idosas B1 e B3, mas em todas (100%), o que vai ao encontro do que disseram nas suas entrevistas; os outros membros do grupo não participam.

Tal como no grupo A, as atividades mais participadas pelo grupo B também são as lúdicas-recreativas, sendo que a idosa B1 participa a 100% e as B2, B3 e B4 em 86%.

O idoso B5 não participa em qualquer destas atividades, mas está sempre presente, a acompanhar a esposa, no local onde são realizadas. Curiosamente, só a idosa B1 é que referiu na entrevista que gostava muito deste tipo de atividades; as outras não mencionaram e participam muito.

No que respeita às atividades quotidianas, a percentagem de participação seria ligeiramente superior noutro mês em que os idosos estejam mais dias na residência. A percentagem de participação das idosas B2 e B3 foi de 53%, a da B1 foi 47% e dos B4 e B5 foi de 37%. É importante salientar que este grupo participa apenas na leitura de jornais e revistas do género *Visão*, *Sábado* e revistas “cor de rosa”, nos passatempos como palavras cruzadas, etc; não participa nos jogos de mesa. Ora, nestas atividades em que eles participam (só leituras e passatempos), o grau de participação é diferente, ou seja, o das idosas B1, B2 e B3 apresenta o valor de 82% e o dos idosos B4 e B5 de 65%.

Por fim, no que toca às atividades socioculturais, a média da participação foi de 56%, pela mesma explicação dada para o grupo A. Esta média é, no entanto, um pouco distorcida, devido à pequena participação da idosa B3 (32%), que sai pouco agora devido às grandes dores nas pernas. Os outros idosos participaram em cerca de 62%.

Com base nas entrevistas dos idosos e na análise dos registos das presenças apresentados a partir da amostra relativa à participação das atividades, podemos proceder à verificação das hipóteses colocadas para a análise de um mês de atividades na Residência Bella Vida Viana, em concreto, o mês de Dezembro de 2012, para perceber o grau de adequação das atividades às necessidades das pessoas e identificar os fatores determinantes na adesão a essas mesmas atividades.

Relativamente à primeira hipótese, verifica-se que o grau de adesão está relacionado com os interesses e gostos dos idosos, embora haja algumas atividades que não foram mencionadas nas quais eles participaram, provavelmente porque nem se lembraram de as referir.

A segunda hipótese também se verifica, mas não na sua totalidade, ou seja, os idosos aderem às atividades em função das suas capacidades físicas e mentais objetivas ou interiorizadas, como por exemplo a idosa B3, que participa pouco em passeios

devido às dores nas pernas (confirma a hipótese), mas o idoso B5, por exemplo, não participa nas atividades lúdicas-recreativas, porque diz que para além de não ter jeito (falta de capacidade interiorizada (o que confirma a hipótese), este tipo de atividades é destinado às senhoras.

Por fim, concretiza-se também a verificação da terceira hipótese, que diz que há dinâmicas de grupo e questões de relacionamento interpessoal que influenciam a adesão às atividades. Verificamos isso no grupo B - cujos elementos participam ou não, quase sempre, em determinadas atividades – e no facto de o idoso A4 se sentir um pouco inibido em participar nas aulas de pintura por ser um grupo só de senhoras.

De seguida, apresentamos três gráficos que refletem a média da participação de cada grupo face ao número total das atividades realizadas.

O grupo A teve a maior participação nas atividades quotidianas, isto porque, para além das leituras e passatempos, teve uma participação significativa nos jogos de mesa. Em média, participou em 32,2 atividades quotidianas.

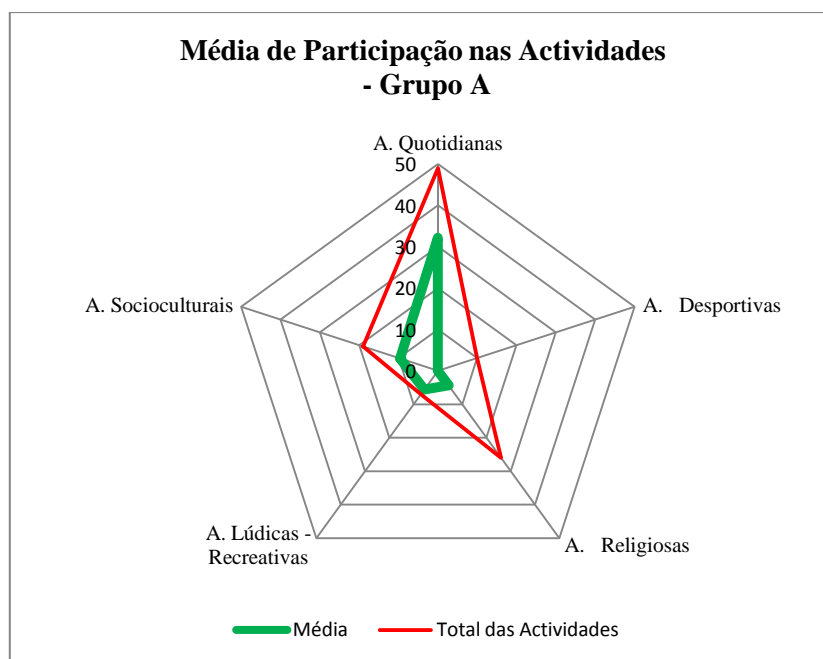


Gráfico 7

Quanto ao grupo B, a atividade em que mais participou comparativamente ao grupo A, foi a religiosa. Isto deve-se ao facto de duas das idosas participarem a 100% nestas atividades. Este grupo participou em média em 10,4 atividades religiosas.

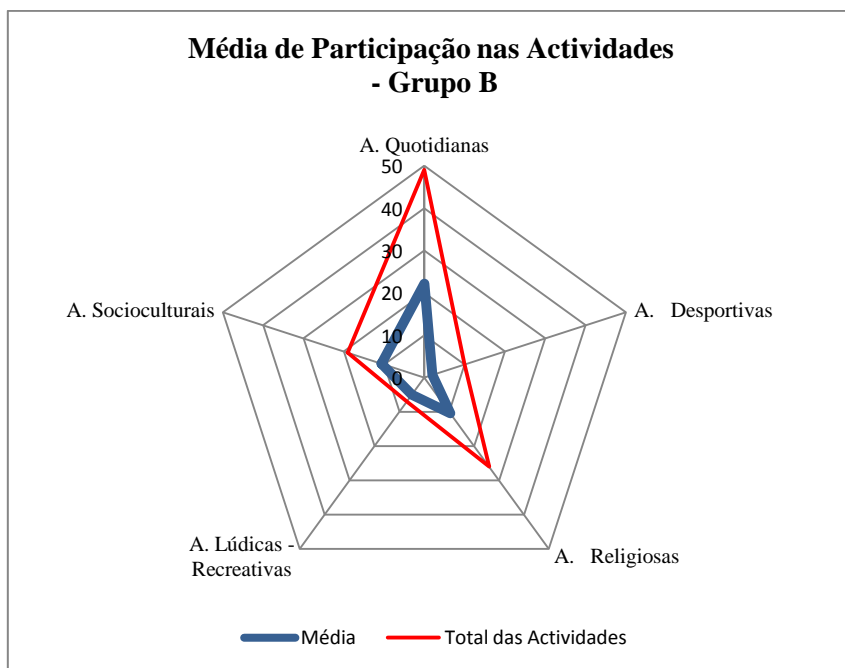
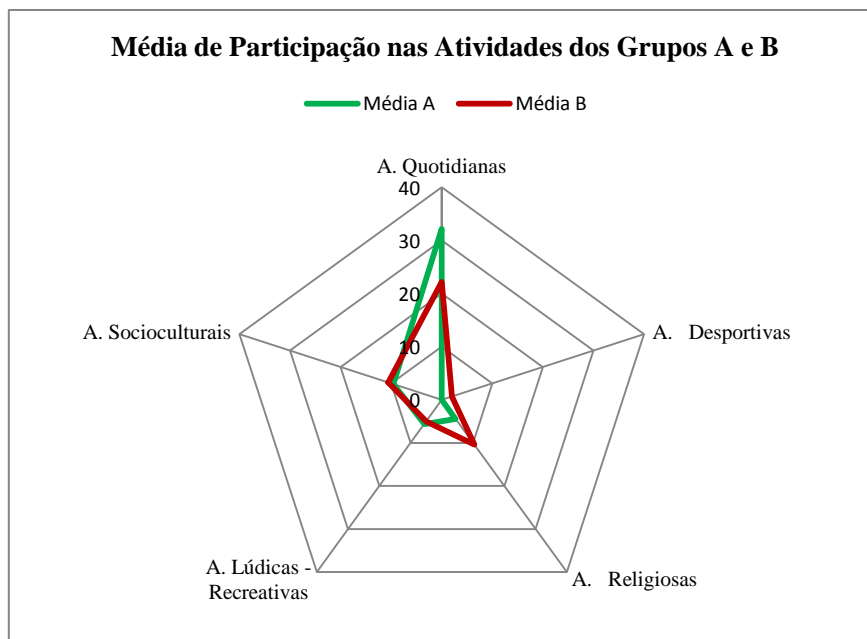


Gráfico 8

Apresentamos agora uma tabela e o respetivo gráfico comparativo dos dois grupos com o número médio de participações em cada atividade.

	A. Quotidianas	A. Desportivas	A. Religiosas	A. Lúdicas - Recreativas	A. Socioculturais
Média A	32,2	0	4,4	5,6	9,6
Média B	22,2	2	10,4	5	10,6

Quadro 8



**Gráfico 9**

Da análise destes dados, podemos constatar que a participação dos dois grupos não difere muito, apenas nas atividades quotidianas e religiosas, conforme referido anteriormente.

A maior participação do grupo A nas atividades quotidianas poderá dever-se ao facto de estes idosos manifestarem gosto por atividades mais populares como os jogos de mesa, participam mais nestas em comparação com o grupo B. Outro aspeto que poderá ter influência é a boa capacidade de relacionamento com os idosos mais dependentes ou com demências. Relativamente às atividades religiosas, não podemos tirar conclusões, uma vez que é uma questão de escolha individual e com poucos participantes. No que toca às atividades socioculturais e lúdicas-recreativas, a participação dos dois grupos é praticamente idêntica; na generalidade, todos os idosos gostam de participar neste tipo de atividades, independentemente das características dos idosos de cada grupo.

A instituição aplicou o questionário de satisfação da qualidade a todos os residentes autónomos e a familiares dos mais dependentes, sendo que só responderam dezassete, dentre os quais todos os idosos em estudo. Atendendo aos resultados, podemos concluir que as atividades organizadas pela instituição são adequadas a ambos os grupos, porque no questionário apenas duas pessoas responderam que estavam pouco

satisfeitas; nove disseram que estavam satisfeitas, duas muito e duas totalmente satisfeitas.

Então, qual a questão que se coloca relativamente aos referidos grupos?

O que verificamos através da observação participante e pela entrevista realizada à gerontóloga é que estes grupos evitam juntar-se. O grupo A faz as atividades na sala da ala norte (onde estão quase todos os residentes, mesmo os mais dependentes ou com alguma demência), enquanto, o grupo B participa nas atividades na sala da ala sul (uma sala onde praticamente só estão eles). De salientar que mesmo os jogos de grupo, na maior parte das vezes, são feitos entre os cinco idosos do grupo B e num horário diferente, isto porque eles também escolheram o horário do segundo turno das refeições. Este grupo combina várias vezes ir ver televisão na sala sul e para o “salão nobre” da residência, uma sala mais pequena, mais bem decorada que se situa no primeiro andar. Uma outra situação que reforça esta separação é o facto de a idosa A3 por vezes vir sentar-se junto do grupo B na sala sul e as pessoas praticamente deixarem de falar, o que cria uma situação de certa forma constrangedora e faz com que sintam que não pertence àquele grupo.

No sentido de percebermos melhor as razões da existência destes grupos separados, foi realizada uma pequena entrevista à gerontóloga – responsável pelas atividades da residência. No que respeita à constituição dos dois grupos, referiu: *“a existência destes dois grupos não aconteceu agora, mas já há muito tempo. Os idosos do grupo B foram criando um certo distanciamento dos idosos do grupo A.”*

Foi também colocada à gerontóloga, a questão sobre os motivos que deram origem ao aparecimento destes dois grupos, ao que respondeu: *“das vezes que os abordámos sobre este assunto, eles indicaram alguns motivos como os cheiros que de vez em quando existem na sala norte (gases e incontinência que por vezes acontece, apesar do extremo cuidado com a limpeza que a residência tem); a sala da ala norte é mais barulhenta porque tem mais gente e alguns idosos emitem certos sons (sonoplastia ruidosa); sentem pena de ver os idosos mais dependentes ou com demências e não querem imaginar que um dia poderão vir a ficar no mesmo estado; e por fim, a personalidade e o comportamento de um ou outro idoso que é, de certa forma conflituoso e cria um certo mau estar.”*

Perguntámos também qual a sua opinião sobre os motivos da existência dos grupos, se na sua perspetiva, os motivos apresentados pelos idosos eram verdadeiros ou se poderia haver outros motivos, ao que nos respondeu: *“Na minha opinião, para além destas razões, também há outras como a existência de interesses em comum, como os programas de televisão que veem na sala sul ou na sala nobre e os próprios temas de conversa entre eles; um certo snobismo, porque este grupo é composto por pessoas que têm um nível de educação, formação e cultural superior ao dos outros, assim como uma vida profissional que lhes deu uma certa posição social, pelo que não gostam de se misturar com todos os outros; há mais “liberdade” na sala onde eles costumam estar, como por exemplo, escolher o canal de televisão que querem ver, enquanto na outra sala é transmitido apenas o canal 1 da RTP, bem como o facto de na sala norte haver sempre alguém da equipa a ver se está tudo bem com os idosos, o que poderá transmitir uma sensação de “controlo”. Apesar disto, este grupo tem a noção de que o espaço não é deles e quando alguém vem para lá, eles aceitam e não saem (embora não interajam muito com os outros, apenas em situação de aulas em comum) assim como são educados com todos os outros idosos e até manifestam preocupação por eles. Estes idosos não se assumem como um grupo, embora na prática o façam. Penso que estes idosos agem como qualquer pessoa, que na escola, na universidade, no trabalho, no grupo de amigos, etc., sempre tem mais afinidade e gosta de estar mais com umas pessoas do que com outras.”*

Face à opinião da gerontóloga, podemos questionar se estamos perante um processo grupal, ou seja, a existência de um subgrupo que detém determinado poder e determina as obrigações e normas que regulam a vida grupal. Participar de um grupo significa partilhar um conjunto de coisas tais como valores, crenças, informações, pontos de vista, emoções, vivências, etc.

No que toca à estratégia da residência perante a existência dos dois grupos, a sua resposta foi: *“a estratégia da residência nunca foi obrigar ninguém a fazer o que não quer, no entanto, envida todos os esforços para unir todos os idosos. Por exemplo, as aulas de pintura são dadas na sala sul, os idosos do grupo A vêm para lá e interagem todos em harmonia; em muitos dos passeios, festas e eventos que organizamos, conseguimos que os idosos de ambos os grupos convivam e interajam; no entanto, nas restantes situações, respeitamos a liberdade de escolha das pessoas, até porque esta situação nunca causou qualquer mau ambiente, nem qualquer problema para os idosos desta residência”*.

Tendo em consideração esta resposta, pensamos que a existência destes dois grupos traz bem-estar para os residentes, uma vez que, permite aos do grupo B partilhar a companhia e interagir com as pessoas com quem têm mais afinidade e não implica qualquer problema, nem sentimento de exclusão por parte dos restantes idosos.

Remetendo-nos à definição que Goffman, este tipo de instituições consiste num *“local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”* (1996:11). As características destas instituições definem-se, essencialmente, pelo facto de todos os aspetos da vida terem lugar no mesmo local e sob um única autoridade que aplica às pessoas um tratamento estandardizado e promove a satisfação das suas necessidades de acordo com um sistema de organização burocratizado (Goffman, 1996).

No seguimento deste tema de Goffman, citamos Guedes (2012:39) que diz, *“nos lares, alguns dos efeitos da sua regulamentação podem impedir os indivíduos de organizarem as atividades mais triviais de acordo com a sua vontade, limitando-os em termos de autonomia e ação. Entre outras situações, impõem-se horas de refeições, de dormir, de aceder à residência, de realizar atividades de ócio e TV, de saídas... em termos coletivos, a regulamentação manifesta-se ao nível da devassa da privacidade”*. Nesse sentido, esta autora refere que quando os indivíduos percecionam que as suas particularidades e a sua singularidade são ameaçadas, desenvolvem mecanismos psicológicos para inverter essa situação. *“A ameaça ao sentimento subjetivo de identidade é particularmente relevante quando nos reportamos às experiências e à vivência em grupo. O grupo é sentido como uma ameaça à identidade de cada um e provoca uma diversidade de sentimentos nos interlocutores”* (Guedes 2012:57).

O que se verifica nesta residência contraria algumas afirmações de Goffman, nomeadamente em relação ao facto de os idosos não levarem uma vida fechada. Os idosos não são obrigados a fazer as mesmas coisas em conjunto e nem todas as atividades são estabelecidas em horários rígidos (por exemplo, há dois horários para as refeições e flexibilidade nos horários das visitas e de certas atividades); outro aspeto importante é o facto de, apesar de haver um regulamento, este não implicar um tratamento estandardizado, pelo que não se verifica o que Goffman denomina de

“mortificação do eu”, ou seja os idosos não se despojam da sua personalidade, não modificam a imagem que têm de si próprios e dos outros, nem lhes é atribuído qualquer tipo de estatuto. É respeitada a liberdade de escolha das pessoas no que diz respeito à participação nas atividades, ao local onde pretendem estar, às pessoas com quem gostam mais de conviver e até mesmo ao facto de fazerem determinadas sozinhos (respeito pela individualidade, liberdade de escolha, privacidade e intimidade). É exemplo disso, o facto da residência proporcionar a deslocação ao centro da cidade duas tardes por semana, nas quais cada idoso pode fazer o que quiser em grupo ou sozinho. Outro exemplo é a possibilidade de escolha das do horário e das próprias refeições (muitas vezes alguns idosos não querem nenhum dos pratos da ementa e é cozinhado para ele um prato diferente).

No sentido inverso, verificamos que nesta residência ocorre o que refere Jacob (2007), ou seja, não há preocupação em satisfazer apenas as necessidades básicas, mas também as necessidades de participação, ocupação e vida social dos idosos. Outro aspeto importante, é que a residência respeita o direito à escolha, à privacidade e à participação.

Relativamente à formação do grupo B, podemos dizer que é uma forma de exercício de escolha e preservação da identidade, uma vez que são pessoas que se identificam mutuamente em vários pontos, como por exemplo, nos gostos, interesses, educação, estilos de vida, etc. Neste ponto, há uma situação curiosa que é o facto de a identidade do grupo B ser mais forte do que alguns dos princípios religiosos (como a solidariedade, a caridade, o bem comum), embora duas idosas deste grupo sejam católicas muito praticantes.

Esta liberdade de escolha dos idosos, nomeadamente das pessoas com quem gostam mais de conviver, dos programas que gostam de ver, do sítio onde desenvolvem as atividades, só é possível devido ao tipo de espaços que a instituição dispõe. Para isto muito contribui o facto de existir mais do que uma sala de convívio (mais salas com televisão em cada uma), biblioteca, capela, apartamentos/quartos individuais, espaços exteriores grandes com jardins cuidados, etc. Nas instituições onde existe apenas uma sala de convívio comum, será difícil os idosos terem essas opções de escolha.

Isto vai ao encontro da opinião de Fischer (1994) que diz que os lugares em que nos movemos condicionam a nossa vida e são condicionados por ela, ditando assim determinados tipos de comportamento. Este autor é de opinião que o papel do indivíduo é definido pela instituição, que este deve ajustar-se ao espaço e às atividades que nela se vão realizar, ou seja, no fundo, o indivíduo vai ser configurado de acordo com as exigências da instituição, o que significa uma interferência na sua identidade.

A vivência na residência em estudo contraria esta afirmação, pois, embora haja regras de funcionamento obrigatórias, o papel dos idosos não é definido pela residência.

Goffman (1996) distingue três tipos de espaços: o *espaço proibido*, os *espaços de vigilância* e o *espaço não regularizado pela equipa dirigente*.

Comparando o que nos diz este autor e a realidade da residência, verificamos que estes tipos de espaço não existem. Não há espaços proibidos, já que os idosos podem mesmo entrar nos gabinetes da equipa técnica; não são controlados, faz-se apenas vigilância aos idosos dependentes ou com demências com o objetivo de os proteger; os autónomos não são vigiados, utilizam os espaços que querem sem ter que pedir autorização e apenas têm que informar a residência quando saem ao exterior.

Fischer apresenta ainda três dimensões sobre os espaços: a primeira denomina-se o enraizamento ou a *dialética pertença/não pertença*, que significa que o homem tem necessidade de um espaço mínimo para aí viver e trabalhar, mas também precisa “de estar num sítio”, de nele exercer um domínio físico e psicológico através de atividades que indicam a sua influência pessoal. Se isso não acontecer, o idoso sente-se fora do seu habitat e o espaço é vivido como um meio com o qual o idoso não se identifica, gerando um sentimento de não pertença. A segunda dimensão, a habitabilidade ou a dialética imposição/liberdade, refere-se à forma como os espaços são vividos, se são impostos ou se os indivíduos os escolhem livremente. Por último, a terceira dimensão trata o território ou a dialética dentro e fora, isto é, o território é entendido como um espaço centrado a partir da nossa posição nesse mesmo espaço (o espaço de cada um e o espaço coletivo).

No que respeita a estas dimensões, os idosos sentem que a residência é a sua casa. Há portanto, um sentimento de pertença; os espaços não são impostos, mas

escolhidos livremente pelos idosos e, por fim, há espaços que os idosos reconhecem como seus apenas (quarto ou apartamento) e outros como sendo espaços coletivos, como as salas, capela, biblioteca, jardins, etc.

O manual de boas práticas, no ponto 2 do capítulo A, denominado por “Direitos, Princípios e Valores do Cuidar”, refere que os “princípios e valores em que assenta o cuidado do outro em acolhimento residencial têm a sua génese nos direitos fundamentais que devem ser promovidos e garantidos a todos os residentes, famílias, colaboradores, dirigentes, especialistas e todos os restantes com quem a organização se relacione” (p. 26). Esses princípios e valores são especialmente: a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolher, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação.

Salientamos apenas alguns deles, mais relacionados com o estudo em questão. No que respeita à individualidade, importa percebermos que cada pessoa tem características biológicas e experiências de vida, diferentes gostos, crenças, opiniões e atitudes que definem a sua identidade e a diferenciam dos outros. Numa estrutura residencial é importante reconhecer e respeitar a diferença, sendo uma forma de valorizar as pessoas. Quanto à capacidade de escolher, diz-nos o manual que é importante para o bem-estar físico e emocional dos residentes ter oportunidade de fazer escolhas e tomar decisões, caso contrário, limita-se a autonomia e viola-se o princípio do respeito pelo residente e pela sua autodeterminação.

No que toca à privacidade e intimidade, o manual refere que a consideração pela pessoa implica o respeito por estes dois âmbitos, que são necessidades profundas das pessoas e não diminuem com a idade, pelo que devem ser garantidas em todas as intervenções que lhes digam respeito.

Relativamente a este tema, parece-nos pertinente abordar a questão da legislação em vigor, que obriga apenas à existência de uma sala de convívio. Esta situação, manifesta claramente uma ausência de preocupação com a identidade e liberdade de escolha dos idosos.

## CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO

Este estágio realizado na residência Bella Vida Viana, teve por base o trabalho relacionado com o plano de atividades de desenvolvimento pessoal, no que concerne ao acompanhamento dos idosos na participação das diversas atividades que foram realizadas no período do estágio e à participação na elaboração do PADP para o primeiro semestre de 2013.

Neste estudo propusemo-nos analisar a participação dos idosos da amostra no período de um mês, que foi Dezembro de 2012, no sentido de encontrar respostas para a verificação das seguintes hipóteses: As pessoas aderem às atividades de acordo com os seus interesses e gostos; As pessoas aderem às atividades em função das suas capacidades físicas e mentais objetivas ou interiorizadas; Há dinâmicas de grupo e questões de relacionamento interpessoal que influenciam a adesão às atividades.

Atendendo ao objetivo deste estudo, e no sentido de se conseguir perceber melhor a participação dos residentes nas atividades de desenvolvimento pessoal, a amostra foi constituída por idosos que são autónomos e que possuem todas as capacidades físicas e cognitivas necessárias à participação em todas as atividades do PDAP. Esta amostra é constituída por dez idosos que foram divididos em dois grupos: o Grupo A e o Grupo B. Estes grupos não foram por nós selecionados, mas são grupos constituídos pelos próprios idosos, já há algum tempo. O primeiro grupo (Grupo A) é constituído por cinco idosos, que participam em quase todas as atividades e convivem bem com todos os outros idosos, mesmo com os que têm demência. O segundo grupo (Grupo B) é composto por outros cinco idosos que são totalmente independentes e autónomos e que apreciam mais o convívio com um grupo mais restrito de residentes e não participam em todo o tipo de atividades realizadas, ou seja, naquelas que são mais populares. Pelas entrevistas podemos verificar que são pessoas com uma formação e um nível cultural superior ao dos outros, pelo que constituem um grupo com um certo “elitismo”. São pessoas que gostam de organizar uma parte do seu tempo a fazer coisas fora da residência.

Pretendemos também perceber o porquê da existência destes dois grupos e as diferenças e semelhanças na participação nas actividades.

Tendo em conta as respostas obtidas na entrevista feita à gerontóloga, há alguns fatores que originaram a constituição do grupo B. Segundo os idosos deste grupo, o facto de estarem em contacto permanente com residentes em estado de dependência desperta neles sentimentos de pena, tristeza e receio de vir a ficar no mesmo estado no futuro; referem também que na sala onde estão todos, os idosos fazem muito barulho e que por vezes sentem cheiros menos agradáveis (apesar de extremo zelo com a limpeza); para além disso, dizem também que há um ou mais idosos que têm um comportamento e personalidade mais conflituoso e menos delicado, principalmente com as senhoras, pelo que preferem evitar o contacto durante muito tempo. Segundo a gerontóloga, para além dos fatores mencionados por estes idosos, há outras questões como a existência de interesses e gostos em comum; outro aspeto importante é o “elitismo” das pessoas de um grupo, com uma experiência de formação, vida profissional e uma posição social superior à dos outros, o que faz com que também se afastem dos outros. De realçar que a residência não interfere na existência dos dois grupos, embora envide todos os esforços para que haja um elevado grau de interação entre todos os idosos, sendo que esta postura da instituição e a própria existência de dois grupos nunca causou qualquer mau ambiente, nem qualquer problema.

A elaboração do plano de atividades de desenvolvimento pessoal implicou a realização de entrevistas com vista ao levantamento das necessidades e interesses dos idosos no que respeita às atividades em que querem participar. Estas entrevistas foram feitas em Novembro de 2012 a cada um dos residentes.

As respostas dadas pelos idosos, na sua maioria, confirmam os resultados obtidos pelos registos da sua participação nas atividades. Verificamos apenas algumas pequenas diferenças irrelevantes: por exemplo, a maior parte destes idosos não refere as leituras de jornais e revistas, nem os passatempos do jornal de notícias (palavras cruzadas, etc.) e, no entanto, todos participam nestas atividades (provavelmente não se lembraram de as mencionar). Relativamente à idosa A3 verificamos uma diferença entre a sua resposta e o que pratica: esta senhora disse que gosta de ir ao teatro e de ver filmes, mas na prática não vai, porque diz que não percebe nada do conteúdo das peças e dos filmes. Na opinião da gerontóloga, isto deve-se ao facto de não ter um nível de instrução que lhe permita perceber as peças de teatro e os filmes, mas mencionou estas atividades na entrevista para se sentir no mesmo nível dos outros.

Analisando a participação do grupo A, constatamos que na generalidade, as atividades em que estes idosos mais participam são as lúdicas-recreativas (média de 80%), seguidas das quotidianas (65% em média) e das socioculturais (50% em média) e aquelas com menos participação são as atividades religiosas (cerca de 17%). Este grupo, de facto, não participou em qualquer atividade desportiva, de acordo com o que mencionaram os idosos em causa.

No que respeita à participação do grupo B, verificamos que, em termos gerais, as atividades com maior participação são as lúdicas-recreativas (média de 72%), depois as socioculturais (56% em média), seguidamente as quotidianas (45% em média). Este grupo tem uma participação significativa nas atividades religiosas (média de 40%) e nas atividades desportivas (média 20%), embora estas sejam praticadas apenas pela idosa B2 (a 100%). No entanto, no que toca a este grupo, há uma questão a salientar que é o facto de haver separação dos espaços físicos na realização de determinadas atividades. Isto acaba por comprovar a existência de um grupo mais unido que nem sempre se quer misturar com os outros.

Da análise destes dados, podemos constatar que as divergências na participação dos dois grupos são mais manifestas no que toca às atividades quotidianas e religiosas. Quanto às atividades quotidianas mais participadas pelo grupo A, poderão estar relacionadas com maior facilidade de relacionamento e um eventual “elitismo” menor por parte deste grupo. No que respeita à participação nas atividades religiosas não se pode concluir nada de relevante tendo em conta o carácter transversal da religiosidade e a sua natureza individual.

De notar que a participação nas atividades socioculturais é idêntica, apesar de um grupo de idosos ter um nível sociocultural claramente mais elevado do que o outro. Deste facto podemos levantar duas hipóteses diferentes ou complementares, que necessitam de comprovação em estudos mais extensos. Por um lado a apetência pela “cultura” pode não estar relacionada apenas com o “background” de cada um, mas depender essencialmente do acesso aos eventos culturais proporcionado. Isto explica que pessoas com reduzidos hábitos culturais adiram de forma significativa a atividades propostas. Também não é de excluir a possibilidade de a natureza das atividades culturais ser de tal modo acessível que não seja suficiente para diferenciar os dois

grupos de idosos. Por outras palavras, será que, se as atividades socioculturais propostas fossem mais “exigentes”, a participação seria diferenciada? Deprendemos que não porque a residência disponibiliza duas salas para a Universidade Sénior de Viana do Castelo, onde decorrem aulas, como informática e fotografia, sendo os residentes convidados a integrarem-se nessas turmas (o que não se verifica, mesmo por parte do grupo B).

Sendo assim, podemos concluir que pode não ser necessário organizar atividades muito diferentes destinadas a grupos sociais distintos, uma vez que o grau de satisfação é bom. Isto é comprovado pelos resultados do questionário de satisfação da qualidade, que embora tenha sido aplicado a todos os residentes autónomos e a familiares dos mais dependentes, só foi respondido por dezassete, entre os quais todos os idosos em estudo. Atendendo aos resultados, podemos concluir que as atividades organizadas pela instituição são adequadas a ambos os grupos, porque no questionário apenas duas pessoas responderam que estavam pouco satisfeitas; nove disseram que estavam satisfeitas, duas muito e duas totalmente satisfeitas. No entanto, convém não esquecer que estamos perante uma filosofia de nivelamento “por cima” e não de um nivelamento “por baixo”, de carácter mais popular, no sentido negativo da palavra.

Face a esta análise, podemos proceder à verificação das hipóteses colocadas para a análise de um mês de atividades nesta residência, em concreto, o mês de Dezembro de 2012, para perceber o grau de adequação das atividades às necessidades das pessoas e identificar os fatores determinantes na adesão a essas mesmas atividades.

Relativamente à primeira hipótese, verifica-se que os idosos aderem às atividades de acordo com os seus interesses e gostos, isto porque as atividades que cada um referiu como sendo do seu interesse, foram de facto, aquelas em que mais realmente participou.

A segunda hipótese também se verifica, ou seja, os idosos aderem às atividades em função das suas capacidades físicas e mentais objetivas ou interiorizadas. Citamos o exemplo da idosa B3 que participa pouco em passeios, devido às dores nas pernas (confirma a hipótese), mas o idoso B5, por exemplo, não participa nas atividades lúdicas-recreativas, porque diz que, para além de não ter jeito (falta de capacidade

interiorizada que confirma a hipótese), este tipo de atividades é destinado às senhoras, motivo este que não confirma a hipótese.

Por fim, concretiza-se também a verificação da terceira hipótese: há dinâmicas de grupo e questões de relacionamento interpessoal que influenciam a adesão às atividades, tal como se verifica no grupo B, em que todos os elementos participam ou não, quase sempre, em determinadas atividades; outro exemplo é o facto de o idoso A4 se sentir um pouco inibido em participar nas aulas de pintura por ser um grupo só de senhoras, apesar de gostar muito desta atividade.

A vivência na residência em estudo contraria a afirmação de Fisher (1994) porque, embora haja regras de funcionamento obrigatórias, o papel dos idosos não é definido pela residência.

A realidade desta residência contraria também as afirmações de Goffman (1996) que refere a existência de três tipos de espaços: o *espaço proibido*, os *espaços de vigilância* e o *espaço não regularizado pela equipa dirigente*. De facto, verificamos que, aqui, estes tipos de espaço não existem. De salientar que o grau de adesão dos idosos às atividades, só é possível devido ao tipo de espaços que a instituição dispõe. Para isto muito contribui o facto de existir mais do que uma sala de convívio (mais salas com televisão em cada uma), biblioteca, capela, apartamentos/quartos individuais, espaços exteriores grandes com jardins cuidados, etc.

Ao longo deste trabalho, foram-se levantando pistas de investigação com potencial interesse para desenvolver futuramente.

Assim, será pertinente apresentar possibilidades de desenvolvimento de investigação no sentido de perceber qual a postura assumida pela maior parte dos lares públicos, IPSS e mesmo privados face a estas questões. Parece claro que a homogeneização das atividades, bem como a participação em eventos massificados, pode não ser o caminho adequado para o envelhecimento bem sucedido que pretendemos promover. Do estudo desenvolvido não é evidente que um adequado programa de animação sociocultural correspondente a interesses diferenciados de grupos de idosos distintos seja mais complexo ou mais oneroso de desenvolver. Nos

casos em que as realidades sejam diferentes, será importante tentar perceber o porquê da situação: será por questões financeiras ou por questões meramente de tradição de organização e gestão deste tipo de equipamentos, onde os idosos são vistos como pessoas todas iguais que têm que se sujeitar às regras impostas pelas instituições? Como nos diz Goffman “um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (1996, p. 41)”.

Desta forma parece-nos sustentável, mesmo no atual quadro de restrição orçamental, a mudança de paradigma de animação que vigora num número significativo de instituições.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2003). *Representações sociais do desenvolvimento humano*. Psicologia: Reflexão e Crítica
- Amaro, João Paulo (2007), “*Sentimento psicológico de comunidade*”, in *Análise psicológica* (2007), 1 (XXV): 25 – 33
- Ander-Egg, E. (2000). *Metodologia y práctica de la animacion sociocultural*. Madrid: Editores CCS.
- Araújo, L. (2011). *Exercite o seu corpo*. In Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel
- Araújo, L., Melo, S. (2011). *Relacione-se com os outros*. In Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel
- Azevedo, M. J., Teles, R. (2011). *Revitalize a sua mente*. In Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel
- Baltes, P., Baltes, M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Barenys, M.P. (1991). *Residencias de ancianos. Analisis sociológico*. Premio Dr. Rogeli DuoCastella. Barcelona: Fundación Caixa de Pensios.
- Bodgan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Carapinheiro, G., (1998). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento
- Choque, S., Choque, J. (2006). *Actividades de animación para la tercera edad*. Badalona: Editorial Paidotribo.
- Costa, C. (2012). *Envelhecimento activo e solidariedade entre gerações*. Porto: Livpsic
- Costa, C. (2010). *Animação sociocultural. Profissão e profissionalização dos animadores*. Porto: Livpsic
- Cuff, E. C., Payne, G. C. F. (1989). *Perpectives in sociology*. London: Unwin Hyman

- Cruz, P. (2008). *Envelhecer activamente*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg 14 – 17
- D'Épinay, C. L. (1991). *Vieillir ou la vie à inventer*. Paris: L'Harmattan
- Dubar, C. (1997). *A socialização – construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora
- Elizasu, C. (1999). *La Animación con Personas Mayores*. Madrid: Editorial CCS
- Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Elvas, S., Moniz, M. J. (2010). *Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida*. In *Análise Psicológica* (2010). 3 (XXVIII): 451- 464
- Esteves, A. J. (1998). *Metodologias qualitativas para as ciências sociais*. Porto: Instituto de Sociologia – Faculdade de Letras da Universidade do Porto
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora
- Fernandes, J. L. (2008). *Animação sociocultural com idosos*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg 37 - 38
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos*. Madrid: Inerser
- Fischer, G.N., (1994), *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Fonseca, A. (2008). *Envelhecimento bem sucedido*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg 20 – 21
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

- Gaulejac, V., Bonnetti, M., Fraisse, J. (1989). *L'ingénierie sociale*. Paris: Syros/Alternatives
- Goffman, E., (1996). *Manicómios, Prisões e Conventos*. S. Paulo: Editora Perspectiva
- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos: identidade em risco ou identidade riscada?* Lisboa: Editora Coisas de Ler
- Guedes, J. (2007). *O internamento em lar e a identidade dos idosos* (texto policopiado). Dissertação de Mestrado em Ciências de Serviço Social. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- Guedes, J. (2008). *Desafios identitários associados ao internamento em lar*. VI congresso português de sociologia – mundos sociais: saberes e práticas: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
- Guerra, I. C. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – o planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia
- INE (1999). *As gerações mais idosas*. Série de estudos nº 83. Instituto Nacional de Estatística. Portugal
- ISS (2005). *Manual de boas práticas. Um guia de acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Instituto de Segurança Social, I.P.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: Actividades*. 2ª Edição. Porto: Âmbar
- Jacob, L. (2008). *Participação Activa*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg 34 - 36
- Lima P., Margarida (2004). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para os idosos*. Porto: Ambar
- Lopes, M. S. (2008). *Animação sociocultural em Portugal*. 2ª Edição. Chaves. Intervenção
- Lopes, M. S., Pereira, D.L. (2009). *Animação sociocultural na terceira idade*. Porto: Livpsic

Lopes, M.S. (2010). *Animação sociocultural na instituição – lares e centros de dia*. Capítulo 5. In Costa, C. (2010). *Animação sociocultural – profissão e profissionalização dos animadores*. Porto: Livpsic

Martin, I., Lopes, E. (2008). *Políticas sociais gerontológicas*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg 44 – 46

Maslow, A. H. (1998) *Toward Psychology Being* - 3º edição, Wiley

Neri, A., Derbert, G. (1999). *Velhice e sociedade*. Campinas. SP: Papirus Editora

Nunes, Belina (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: Lidel

OMS, Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde

Osorio, R.A. (1997 e 1998). *Animação sociocultural na terceira idade*. Capítulo 14. In Trilla, J. (1997 e 1998). *Animação sociocultural. Teorias Programas e Âmbitos*. Lisboa: Editorial Ariel

Pais, J. M. (2006). *Nos rastros da solidão. Deambulações sociológicas*. Porto: Ambar

Paúl, C., (1997). *Lá Para o Fim da Vida - Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina

Paúl, C., (2005). *Envelhecimento e Ambiente*. In SOCZKA. Luís (Org.). *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Quivy, Raymond, Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva

Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel

Ribeiro, O, Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel

Ribeiro, O. (2008). *O equilíbrio psíquico do idoso*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg – 54 – 55

Rodrigues, S. (2008). *Mitos e preconceitos da velhice*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg – 21 - 22

- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer*. Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto
- Serrão, D. (2008). *O que se perde e o que se ganha*. In Rediteia, nº 41. 2008. Pg 18 - 19
- Tomaz, C., Melo, F., Pinheiro, L., Costa, M. (2002). *Dar e receber*. Viana do Castelo: Edições Projecto de Luta Contra a Pobreza
- Trilla, J. (1997 e 1998). *Animação sociocultural. Teorias Programas e Âmbitos*. Lisboa: Editorial Ariel
- Veras, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará
- Viegas, S., Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. São Paulo: Artmed Editora

## REFERÊNCIAS ONLINE

[www.bellavida.pt](http://www.bellavida.pt)

[www.podata.pt](http://www.podata.pt)

[www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

[www.apdasc.com](http://www.apdasc.com)

[www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)