

**FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO**



**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO NO  
CONCELHO DE ANADIA**

Inês Alves Duarte

Dissertação apresentada para a  
obtenção do grau de Mestre  
em Gerontologia Social

Coimbra, Maio de 2010

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO NO  
CONCELHO DE ANADIA

Inês Alves Duarte

Dissertação orientada pela Prof  
Doutora Helena Reis para a  
obtenção do grau de Mestre  
em Gerontologia Social

Coimbra, Maio de 2010

## **APELO**

Pára... Olha para mim!  
E sorri.  
Dá-me a tua mão!  
Conversa comigo.  
Dá-me um pouco do teu tempo.  
Ouve-me! Tenho tanto para te contar!  
Sabes? Já fui novo como tu: enérgico, alegre, feliz:  
Já sonhei, já amei, já corri, dancei...  
Tal como tu!  
Construí o meu Lar, criei os meus filhos!  
Vivi para eles,  
Tirei da minha boca para lhes dar!  
Esqueci-me de mim e dei-me toda a eles!  
O tempo passou, a minha pele enrugou,  
Os meus olhos deixaram de ver, já não te ouço bem.  
As minhas pernas, vacilam, por isso... estou aqui  
Às vezes estou só, olho para trás e recordo:  
Onde estão todos?  
Os familiares, os amigos os filhos!  
Onde estão os meus filhos?  
Não me deixes só! Preciso tanto de ti!  
Por isso... pára! E olha para mim.

(Autor desconhecido)

*A todas as pessoas idosas que, independentemente do motivo, se encontram institucionalizadas em lares de terceira idade.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos quantos tornaram possível a concretização deste desafio.

À professora Doutora Helena Reis orientadora científica deste trabalho um agradecimento especial pela disponibilidade, competência, transmissão de ensinamentos, sugestões, motivações e amizade que sempre manifestou. O meu bem-haja por tudo!

Aos Idosos pela colaboração prestada. Sem eles este estudo não seria possível.

Às instituições que colaboraram na identificação dos idosos. O seu papel foi imprescindível!

Aos meus Amigos pelas oportunas manifestações de companheirismo e encorajamento.

Aos meus Pais e Avó, com beijinho de agradecimento pelo apoio incondicional.

Aos meus piolhos, Tomás e Zé Miguel.

A todos o meu profundo agradecimento!

## RESUMO

O conjunto de transformações que têm afectado a sociedade, quer a nível social quer a nível familiar, exigem uma reflexão sobre a prestação de cuidados às pessoas idosas. Reconhece-se que cada vez mais os familiares assumem um papel de mediadores de cuidados, ganhando relevo a rede de apoio formal.

Deste modo, o presente estudo debruça-se sobre a forma como se processa e como é vivida a institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia.

O método aplicado foi o qualitativo, tendo-se optado pela realização de um estudo exploratório descritivo simples, com uma análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, recorrendo-se à técnica de entrevista semi-estruturada. Decorreu no Concelho de Anadia, em sete instituições com valência de Lar a 28 idosos, seleccionados de forma intencional.

O estudo da institucionalização do idoso incidiu em três aspectos: factores conducentes à institucionalização, processo de decisão e vivência em instituição.

A institucionalização surge da inter-relação de factores onde a dependência marca o ponto de viragem no Idoso. A solidão, frequente no idoso decorrente do processo de perdas relacionais e capacidades, bem como a escassez de apoio de familiares e amigos motivados pelas alterações ocorridas na nossa sociedade, foram também motivos apontados pelos idosos.

A decisão de internamento em Lar surge por uma negociação do idoso e da família. Constata-se que a institucionalização responde às necessidades físicas e relacionais dos idosos à custa de perda de liberdades e afastamento do seu ambiente habitual. A institucionalização pode afectar a ligação familiar em determinados casos, aumentando o distanciamento e a desresponsabilização por parte dos familiares.

Os resultados deste estudo permitem uma reflexão acerca dos valores sociais actuais sendo fulcral que haja uma maior articulação entre a rede de apoio informal e formal no cuidado ao idoso.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Idoso, Família, Equipamentos Sociais e Institucionalização

## **ABSTRACT**

The set of transformations that have been influencing society in a social and familiar scale demand a meditation about elderly care. It is acknowledged that families are assuming an intermediary role, thus the official support network is becoming more significant.

Therefore, this study focuses on the process of institutionalization of the Elderly in the Municipality of Anadia.

A qualitative method was applied, and a simple descriptive exploratory study with a theme and frequency content analysis was selected, using the semi-structured interview technique with 28 deliberately selected elderly from seven institutions of the Municipality of Anadia, which have an Elderly Care Centre section.

The study of the elderly institutionalization focused on three aspects: the reasons that lead to institutionalization, the process of deliberation and life in an institution.

Institutionalization arises from a factor interrelationship, where dependence is the turning point for the elderly. Loneliness, common in old age due to the process of ability and relational loss, as well as the scarcity of family and friends support due to changes that have occurred in our society were also some of the reasons pointed out by the elderly.

The decision of placing the elderly in a Care Centre arises from an agreement between the elderly and the family. Institutionalization is a response to the physical and relational needs of the elderly, which implies a loss of freedom and the detachment from their everyday circle. In certain cases, institutionalization may disturb the familiar bonds, increasing distance and freeing the family from responsibility.

This study's results allow a reflection about the current social values and show that it is necessary to enhance the cooperation between the formal and informal elderly care support network.

**Keywords:** Aging, Elderly, Family, Social Equipments and Institutionalization

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	11
ÍNDICE DE QUADROS .....	12
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	13
ÍNDICE DE TABELAS .....	14
ÍNDICE DE SIGLAS .....	15
INTRODUÇÃO .....	16
<b>PARTE I .....</b>	<b>19</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO .....</b>	<b>20</b>
1.1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL.....	21
<b>2 – ENVELHECIMENTO E VELHICE .....</b>	<b>25</b>
2.1 – A VELHICE COMO UM “ESTADO/SITUAÇÃO: O SIGNIFICADO DE SER- SE VELHO” .....	27
2.2 - AS DIMENSÕES DE VULNERABILIDADE ASSOCIADAS À VELHICE... 29	
2.2.1 – Dependência no Idoso.....	32
2.2.2 – Isolamento social e Solidão no idoso.....	33
<b>3 – MECANISMOS E REDES DE APOIO AO IDOSO.....</b>	<b>36</b>
3.1 – REDE FAMILIAR/INFORMAL.....	36
3.1.1 – Funções da Família .....	39
3.1.2 – Família prestadora de cuidados informais .....	41
3.1.3 – Consequências da prestação de cuidados.....	43
3.2 – REDE FORMAL .....	46
3.2.1 – Equipamentos sociais de apoio aos Idosos .....	48
<b>4 – INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO RESPOSTA DE SUPORTE AO IDOSO: EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>
4.1 – FACTORES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO .....	57
<b>5 - VIVÊNCIA EM INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>61</b>
5.1 – ADAPTAÇÃO À VIDA INSTITUCIONAL .....	63

---

<b>PARTE II.....</b>	<b>66</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>66</b>
<b>1 - TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>67</b>
<b>2 – POPULAÇÃO ALVO .....</b>	<b>69</b>
2.1- MODO DE SELECÇÃO.....	69
2.2 - CAMPO GEOGRÁFICO DA PESQUISA .....	70
<b>3 – MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS .....</b>	<b>74</b>
3.1 - CONFIDENCIALIDADE E RESPONSABILIDADE ÉTICA.....	74
4 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	76
<b>PARTE III .....</b>	<b>79</b>
<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>1-CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO .....</b>	<b>80</b>
<b>2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>86</b>
2.1- FACTORES CONDUCENTES À INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	86
2.1.1 - Factores Físicos .....	87
2.1.2- Factores Psicológicos/ Cognitivos.....	89
2.1.3- Factores Familiares.....	90
2.1.4- Factores Sociais .....	95
2.2 - PROCESSO DE DECISÃO .....	97
2.2.1 - Agente decisor .....	98
2.2.2- Escolha do lar .....	101
2.3 - VIVÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	106
2.3.1 - Benefícios .....	107
2.3.2- Constrangimentos .....	110
2.3.3- Satisfação.....	114
2.3.4- Ligação familiar.....	117
2.3.5 - Sofrimento existencial .....	120
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES FUTURAS .....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>CXXXVII</b>
<b>GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>CXXXVII</b>

<b>ANEXO II.....</b>	<b>CXLII</b>
<b>CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>CXLII</b>
<b>ANEXO III .....</b>	<b>CXLIV</b>
<b>ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>CXLIV</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Localização do município de Anadia no distrito de Aveiro .....</b>	<b>70</b>
<b>Figura 2 – Factores conducentes à institucionalização .....</b>	<b>87</b>
<b>Figura 3 – Processo de decisão.....</b>	<b>98</b>
<b>Figura 4 – Vivências da institucionalização.....</b>	<b>107</b>
<b>Figura 5 – Estrutura do fenómeno da institucionalização do idoso.....</b>	<b>123</b>

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1 – Evolução da população entre 1990 e 2006 .....</b>	<b>22</b>
<b>Quadro 2 - Factores associados ao risco de Institucionalização .....</b>	<b>58</b>
<b>Quadro 3 – Famílias clássicas, segundo o tipo de família.....</b>	<b>72</b>
<b>Quadro 4 – Comparação Índice de dependência; Dependência total; Dependência de jovens e Dependência de idosos no Continente e concelho de Anadia .....</b>	<b>73</b>
<b>Quadro 5 – Caracterização dos Idosos.....</b>	<b>80</b>

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 – Pirâmide etária do concelho de Anadia (1991 – 2001).....</b>	<b>71</b>
<b>Gráfico 2 - Dimensão das famílias no concelho de Anadia.....</b>	<b>72</b>
<b>Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com o grupo etário.....</b>	<b>82</b>
<b>Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil.....</b>	<b>83</b>
<b>Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a profissão .....</b>	<b>83</b>
<b>Gráfico 6 – Distribuição da amostra de acordo com os rendimentos mensais .....</b>	<b>84</b>
<b>Gráfico 7 – Distribuição da amostra de acordo com a composição do agregado familiar .....</b>	<b>85</b>
<b>Gráfico 8 – Distribuição da amostra de acordo com o Índice de Katz.....</b>	<b>85</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de patologias .....</b>	<b>84</b>
--	-----------

## **ÍNDICE DE SIGLAS**

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

## **INTRODUÇÃO**

A velhice é o último período da evolução natural da vida. Pressupõe um conjunto de situações: biológicas, psicológicas, sociais, económicas e políticas que compõem o quotidiano das pessoas que vivem nesta fase.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas perspectivas: demográfico e individual. O demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Este resulta da transição demográfica, definida como passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevada para um modelo em que ambos os fenómenos atingem os valores mais baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, reduzindo efectivos de jovens e do alargamento do topo com o crescimento dos efectivos de idosos.

O envelhecimento individual assenta numa maior longevidade dos indivíduos, isto é, um aumento da esperança média de vida. Verifica-se uma alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, constatando-se um aumento gradual de determinadas doenças crónico-degenerativas que podem precipitar a incapacidade.

Em Portugal, tal como noutros países da Europa, constata-se uma série de transformações demográficas, com reflexos em diversos contextos. O crescimento de idosos pôs em evidência a problemática relacionada com a velhice, tanto do ponto de vista médico como socioeconómico. Isto verifica-se porque a longevidade nem sempre é acompanhada por uma maior qualidade de vida, autonomia, independência e funcionalidade.

A este propósito Paúl e Fonseca (2005) referem um desencontro entre a curva de morbilidade e a esperança de vida, sendo mais desfavorável a primeira. Se é verdade que os indivíduos vivem mais, de acordo com os autores supracitados, fazem-no acompanhados de incapacidades e patologias múltiplas mesmo antes dos 65 anos.

Fonseca (2007) refere que em Portugal cerca de 88% das pessoas com mais de 65 anos sofre de pelo menos uma patologia crónica e 21% apresenta incapacidades.

As doenças crónicas, deficiências, o luto, a perda das redes sociais, os baixos rendimentos e o isolamento são acontecimentos que ocorrem na população idosa, o que condiciona a sua saúde, independência, autonomia e qualidade de vida.

Assim, constata-se que o envelhecimento enquanto fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI, desencadeando a reflexão sobre meios de subsistência, sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde.

O idoso provém de uma época na qual a família era alargada, caracterizando-se por um convívio intenso e frequente entre as gerações. A sociedade moderna fez com que a família se constituísse de forma nuclear, ou seja, convivendo pais e filhos sob o mesmo tecto. Ainda assim a entrada da mulher no mercado de trabalho, as migrações para locais capazes de proporcionar melhores condições de emprego, as alterações das dinâmicas familiares são factores que colocam em risco as redes de suporte informal na velhice.

Constata-se uma alteração dos papéis familiares, tendo o Estado assumido algumas das funções anteriormente da família. O recurso às redes formais de apoio surge como uma solução. Verifica-se que os descendentes funcionam mais como mediadores do que cuidadores regulares.

De um modo geral, o aumento crescente da actividade profissional entre as mulheres, tradicionalmente prestadoras de cuidados informais, a complexidade da sociedade moderna e o progressivo aumento das pessoas idosas conduziram a uma maior procura dos cuidados formais. O aumento dos equipamentos de carácter social, quer nos sistemas públicos quer privados, especificamente os dirigidos a idosos são prova de tal facto.

Vários foram os estudos desenvolvidos acerca das causas que conduzem à institucionalização do idoso. Nas apontadas pela literatura destacam-se a dependência, escassez de redes de apoio informal (familiares e vizinhos), a solidão e o isolamento (Almeida, 2008; Gil, 2007; Gomes, 2008; Portugal, 2008; Rodrigues, 2007).

A escolha do tema deste estudo surgiu da necessidade de compreender o processo e vivências que conduziam os Idosos do Concelho de Anadia à institucionalização, uma vez que, esta tem assumido um papel cada vez mais relevante no cuidar do idoso.

Considerando o aumento generalizado de idosos e de instituições de apoio neste âmbito surgiu a questão problema: “Como se processa e como é vivida a institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia?”.

Neste sentido, os objectivos do presente estudo visam: compreender os motivos da institucionalização; compreender a influência da família na institucionalização e compreender a vivência do idoso com a institucionalização, a partir das experiências dos próprios idosos que vivem em instituições.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte é efectuada uma abordagem do fenómeno envelhecimento e redes de apoio ao idoso, a informal e a formal, bem como a vivência em instituição.

Na segunda, é descrito o desenvolvimento metodológico, onde se refere a opção metodológica de realização de um estudo exploratório descritivo simples, recorrendo-se análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, de acordo com as indicações de Bardin (2007) e de Amado (2000). É também apresentado o percurso metodológico com a descrição do contexto dos participantes, considerações éticas, recolha e síntese dos dados.

Finalmente, na última parte, são apresentados e discutidos os dados, em função da relação estabelecida com os idosos, mas também decorrente das experiências de cuidar de pessoas nestes contextos.

Termino com as considerações finais onde apresento as principais conclusões do trabalho efectuado e com a sugestão para novos desafios.

**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

O envelhecimento é um fenómeno demográfico novo do ponto de vista histórico. Rosa (1999) faz referência ao último relatório sobre a situação da População Mundial, referindo que o envelhecimento da população nas décadas futuras será uma certeza. Este fenómeno deve-se aos substanciais progressos humanos atingidos no século XX, com a diminuição da taxa de mortalidade infantil, melhor nutrição, educação, cuidados de saúde, acesso ao planeamento familiar e uma esperança média de vida mais elevada. Wilson (2006) reitera esta ideia acentuando que o século XXI vai ser o século do envelhecimento global.

O envelhecimento demográfico, definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total em detrimento da população jovem e/ou da população em idade activa, tem vindo a aumentar em Portugal. Este tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes da área da saúde e da acção social. É após a II Guerra Mundial e a Guerra Civil de Espanha, que o envelhecimento da população começa a sobressair. Em Portugal, é na década de 50, que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas.

O crescimento futuro da população depende da variação da fecundidade. Na variante média, prevê-se que venha a declinar. Espera-se que, globalmente, o número de pessoas com 60 e mais anos venha a triplicar, passando de 630 milhões em 2005 para aproximadamente 2 biliões em 2050 (Fernandes, 2008).

Natário (1992:47) afirma que “viver muito tempo era um privilégio de um número restrito de pessoas até aos primeiros decénios do século XX”. O aumento progressivo da longevidade, verificado tanto nas nações desenvolvidas como nas em desenvolvimento, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e na mortalidade geral, conduziu a uma mudança nítida da composição etária da população, aumentando consideravelmente o número de pessoas com idade acima de 60 anos, assim como as de idade superior aos 80 anos e os centenários (Imaginário, 2008)

Na perspectiva da autora supracitada, para explicar a situação actual, podemos afirmar que existem dois grandes grupos: um constituído por países em desenvolvimento, para os quais a esperança média de vida é 58 anos, uma mortalidade infantil de 90 por mil; são constituídos maioritariamente por jovens (39% da população) e por uma exígua porção de velhos (4% da população). O outro bloco, onde se insere a Europa, é constituído por países desenvolvidos, com uma esperança média de vida de 73 anos, com mortalidade

infantil de 18 por mil, com uma percentagem de idosos significativa (12% da população total) e uma diminuta taxa de jovens.

Para os demógrafos, existem dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro acontece quando a percentagem de jovens começa a diminuir, o que causa uma diminuição na base da pirâmide. O envelhecimento de topo verifica-se devido ao aumento da percentagem de idosos, provocando um alargamento na parte superior da pirâmide. Imaginário (2008) afirma que não foi o declínio da mortalidade o factor responsável pela emergência do envelhecimento das populações verificado no mundo desenvolvido, em geral, e na Europa, em particular. A principal causa natural responsável pela questão do envelhecimento foi a redução da natalidade.

Guillén Llera (1994) acrescenta que a realidade do século XXI é a de países cada vez mais envelhecidos e com uma tendência progressiva para tal, sendo a situação tanto mais vincada quanto maior é o grau de industrialização do mundo. Tendo por base os 65 anos, muitos países ultrapassaram os índices de envelhecimento de 15% aproximando-se dos 20% em 2000, estimando-se que em 2020 seja de 25%.

Fernandes (2008) afirma que esta transição demográfica traz impactos em vários sectores da vida social e económica. Um, diz respeito ao declínio da população activa e consequente envelhecimento da mão-de-obra. Outro, diz respeito ao crescimento das necessidades em cuidados de saúde. O problema da vulnerabilidade associada ao envelhecimento representa uma inquietação política e social. Ao nível global haverá implicações para os mercados de trabalho, para as estruturas e composição do agregado familiar, nos padrões de consumo e na procura de cuidados sociais e da saúde.

## 1.1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

Nazareth (1994) refere que durante algum tempo, a explosão demográfica da terceira idade era uma consequência directa do aumento de esperança de vida; no entanto, esta hipótese não foi confirmada visto que o principal factor responsável por este fenómeno é o declínio da natalidade.

Segundo dados do INE (2007), a população com mais de 80 anos aumentou 35% entre 1990 e 2006. A mesma fonte refere que em 31 de Dezembro de 2006 a população

residente em Portugal foi estimada em 10 599 095 indivíduos, dos quais 5 129 937 homens e 5 469 158 mulheres. Destes, 1 828 617 eram idosos (65 e mais anos de idade), repartindo-se em 763 752 homens (41,8%) e 1 064 865 mulheres (58,2%).

Em 2006, a população idosa representava 17,3% da população total face a 15,5% de população jovem (0-14 anos) e 67,3% de população em idade activa (15-64 anos), sendo que a população com 80 e mais anos representava 4,1% da população total. Essas proporções eram respectivamente de 13,6%, 20,0%, 66,4% e 2,6%, em 1990. Assim, verificou-se um aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem (quadro 1).

**Quadro 1 – Evolução da população entre 1990 e 2006**

<b>População em Portugal</b>	<b>1990</b>	<b>2006</b>
População idosa (65 e mais anos)	13,6%	17,3%
População jovem (0-14 anos)	20,0%	15,5%
População em idade activa (15-64 anos)	66,4%	67,3%
População com 80 e mais anos	2,6%	4,1%

Fonte: INE (2007)

A relação entre o número de idosos (65 ou mais anos) e o de jovens (idades entre os 0 e os 14 anos), definido por índice de envelhecimento, registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de cerca de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens em 1960, para 103 em 2001, prevendo-se que se atinja os 243 idosos por cada 100 jovens no ano 2050, de acordo com as projecções para a população residente em Portugal. As diferenças entre os sexos são evidentes, sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina. Assim, o índice de envelhecimento traduziu-se em 2001, em 122 mulheres e 84 homens (Gonçalves, 2003; DECP/Serviço de Estudos sobre a População, 2002).

Por outro lado, segundo estes autores, o índice de longevidade (definido pela “relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos, sendo um indicador adicional da medida de envelhecimento de uma população” aumenta de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001 e, mais uma vez, este indicador é superior no sexo feminino. Este dados corroboram Beck (1991), que afirma que a sobremortalidade dos homens aumenta a maior proporção das mulheres.

Ao longo da primeira década do século XXI, a questão demográfica adquire novos contornos. De forma mais acentuada, o número de pessoas com 80 e mais anos passará de 88 milhões em 2005 para 402 milhões em 2050 (Fernandes, 2008). Acrescenta ainda, que os índices de fecundidade são os mais baixos e o envelhecimento continua a progredir com o crescimento da longevidade geracional. A população com mais de 80 anos apresenta um crescimento mais acelerado do que o da população com mais de 65 anos.

Costa (2002) refere que “ Portugal, tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que, no passado, foi acentuado.” Estes factores contribuíram para uma alteração na estrutura da pirâmide, determinando um envelhecimento acentuado da população. Carrilho e Gonçalves (2004) corroboram esta ideia.

Segundo Simões (2006), a população idosa em Portugal aumentou 26,1% de 1991 para 2001, com o subgrupo de 65 a 74 anos (jovens idosos) a crescer 21,8%, o grupo dos idosos médios (75 a 84 anos) 25,9% e os muito idosos (85 anos ou mais) 66,0%. O último grupo era constituído, na sua grande maioria por mulheres, o que está de acordo com os Censos de 2001, que mostram que “no grupo etário de 65-69 anos os homens representam 83%; no dos 85-89 anos, 50%; e no de 95-99 anos, 28%.” Pode concluir-se que a proporção de indivíduos do sexo feminino é cada vez maior, em relação ao sexo masculino, à medida que a idade aumenta.

Quanto ao índice de dependência de idosos aumentou de 20 para 26 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa, no mesmo período de observação. Amaral e Vicente (2000), no seu estudo verificaram que os idosos do sexo feminino eram mais dependentes do que os do sexo masculino e que o grau de dependência era tanto maior quanto mais avançado o grupo etário.

Este envelhecimento das estruturas demográficas terá impactos mais problemáticos onde a protecção social é débil ou inexistente, acabando por ser compensada por estruturas de solidariedade (Fernandes, 2008). O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde. Serão, assim, lançados enormes desafios aos sistemas de saúde, no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e

exigindo, desta forma, que ao aumento da esperança de vida à nascença corresponda um aumento da esperança de vida «com saúde» e sem deficiência.

A mesma autora (2008:149) acrescenta que “ o aumento da longevidade, mesmo no cenário optimista de recuo da morbilidade e incapacidade, vem potenciar a possibilidade de deterioração do estado de saúde com dificuldades acrescidas pelo aumento do número de casos, e a insuficiência de ajudas disponíveis, sejam elas formais ou informais”.

## **2 – ENVELHECIMENTO E VELHICE**

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar pessoas velhas (Sequeira, 2007).

Este é um processo natural ganhando expressão a partir do início do século XIX. Diversas modificações sociais, ocorridas em particular nos últimos dois séculos (saneamento básico, condições de habitabilidade, melhoria das condições de trabalho, mecanização da indústria e da agricultura) associadas a inovações na área da saúde (vacinação, novos medicamentos, cuidados médicos e cirúrgicos adequados, entre outros) permitiram que um maior número de pessoas alcançasse a velhice (Galvão, 2006).

O envelhecimento é um processo biológico progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, que é vivido de forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo. Envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade.

Embora marcado por mutações biológicas visíveis, o envelhecimento é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época. Assim, é impossível dar significado à palavra "velho" fora dum contexto cultural e histórico.

Segundo Bernard citado por Fernandes (2000), “a velhice pode ser considerada como a idade da vida fixada no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias.” Refere, ainda, não ser fácil definir velhice com exactidão existindo três conceitos a considerar: o da idade cronológica que corresponde à idade oficial dada pelo bilhete de identidade; o da idade biológica que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos e sistemas do organismo; o do estado psicológico que pode não depender da idade nem do estado orgânico.

É importante distinguir o envelhecimento normal do patológico. Ao se considerar o envelhecimento humano, é de primordial importância efectuar a distinção entre o que é consequência desse processo e aquilo que é secundário, causado por processos patológicos típicos desta faixa etária (Sequeira, 2007).

Desta distinção emergem dois conceitos: o conceito de senescência e senilidade. Alguns autores, citados por Sequeira (2007), designam senescência como envelhecimento primário e a senilidade como sendo envelhecimento secundário. O envelhecimento primário caracteriza-se pelas mudanças corporais da idade e o secundário pelas mudanças que ocorrem com maior frequência, mas não têm necessariamente que estar presentes.

O sinal mais evidente de velhice é a diminuição da capacidade e adaptação do organismo perante as situações do meio ambiente. Esta baixa da capacidade de adaptação maximiza-se com o avançar da idade e com o aparecimento de doenças crónicas. Para Berger (1995:125) “a senescência é um processo natural e não sinónimo de senilidade”. Envelhecer representa um fenómeno universal, pelo que é encarado pelo homem com alguma expectativa e apreensão. Os traços e diferenças individuais acentuam-se com o decorrer da idade, emergindo novos desafios e objectivos que deverão ser enfrentados pelo idoso de forma construtiva.

Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser factores a ter em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. Contudo, os termos são necessários para a descrição comparativa do envelhecimento.

Na nossa sociedade, não é fácil estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade, pois se a idade de reforma (65 anos) era um marco, artificial, mas seguro, do início da velhice, hoje as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões que não se prendem com a idade (desemprego, incapacidade, reforma antecipada, etc), tornando difícil definir quem é e quem não é idoso (Pimentel, 2001).

Assim, torna-se extremamente difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns que o diferencie de outros grupos. A maior ou menor valorização que se atribui a esse processo associa-se mais às sociedades humanas do que à natureza. Contudo, de acordo com as épocas, culturas e conseqüentemente, os modos de vida e os meios científicos, médicos e tecnológicos, ocorrem modificações no modo de envelhecer. Toda a situação de vida parece exercer uma influência muito mais decisiva do que a idade cronológica (Imaginário, 2008).

Neugarten citado por Moragas (1997) verificou que determinadas mudanças, nomeadamente na saúde, na economia, no estado civil, têm mais valorização relativamente à adaptação social do que as manifestadas simplesmente pela idade.

A velhice, como categoria social, tem acentuado certas propriedades problemáticas relacionadas com capacidades fisiológicas que estão associadas ao adiamento substancial da idade da morte. Torna-se fundamental prevenir a dependência e promover o envelhecimento activo.

## 2.1 – A VELHICE COMO UM “ESTADO/SITUAÇÃO: O SIGNIFICADO DE SER-SE VELHO”

“A velhice não é uma idade cronológica nem o envelhecimento sinal de déficit, declínio ou percurso patológico” (Nunes, 2005).

A maior parte dos idosos considera a velhice tal como ela é, querendo com isto dizer, que se trata de uma perda de autonomia e de saúde. Esta percepção permite-lhes negar a imagem de indigência associada ao envelhecimento e negar preconceitos negativos. São assim, por um lado, estigmatizados e, por outro, tratados como um grupo especial. Usufruem de benefícios e regalias porque é reconhecida a sua desvantagem. No entanto, para muitos deles, as regalias de que usufruem podem constituir um sinal de perda de estatuto e de protagonismo social.

Segundo Berger (1995), os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade. Reconhecem em si aspectos positivos (sistema de valores estável, sensatez, juízo crítico,...) e encontram no envelhecimento certas vantagens (diminuição da responsabilidade e do trabalho, ausência de competição, abertura de espírito,...). Utilizam os seus conhecimentos e as suas experiências passadas para as partilhar com os outros ou para recorrer a elas quando necessário.

A passagem do tempo favorece uma compreensão mais alargada, mais realista e mais sintética da existência, o que pode proporcionar maior serenidade. Embora a sabedoria devida não seja necessariamente alcançada por todos, a idade avançada estimula reflexões existenciais, a introspecção, o auto questionamento, o que pode ser interessante para a sua construção pessoal.

A forma como a sociedade considera a velhice afecta o juízo que os idosos fazem de si mesmos, acreditam nos preconceitos e acabam por se conformar, revendo-se na imagem que a sociedade lhes atribui.

Verifica-se, assim, que as atitudes da sociedade perante os idosos e a velhice são na maioria das vezes negativas e, em parte, responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem todo o envelhecimento. Os mitos, no entanto, acabam por se transformar em realidade, uma vez que os mesmos se encontram bem enraizados no seio da sociedade actual. Sendo assim, a sociedade atribui expressões ou designações que queremos que eles usem, que vai desde “mimados”, “velhos”, “senis”...

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) mostram-nos como a “velhice é vista (quer por jovens, quer pelos próprios idosos) em sociedade através de alguns mitos e estereótipos negativos e desvalorizadores: o mito da juventude, que é espelhado em lemas como “velhos por fora e jovens por dentro” ou “no meu tempo...”; a negação do envelhecimento, patente na afirmação “a velhice é um estado de espírito”; a infantilização da velhice associada à dependência, objectivada na expressão tantas vezes repetida – “outra vez criança”; a ligação da velhice ao conservadorismo, pelo maior apego a tradições e rituais culturais, resultando na sua adjectivação como antiquados; a identificação da velhice como uma categoria sem diferenciação – “os velhos são todos iguais”.

No entanto, os estereótipos têm efeitos benéficos sobre os idosos; comparando-se com eles ou repudiando-os, melhoram a sua auto-imagem e vêem-se de forma mais positiva. É importante para o idoso manter o equilíbrio emocional e psíquico, ter objectivos e continuar a aprender e a crescer interiormente. O processo de adaptação do idoso aos novos condicionalismos (nomeadamente a reforma, a viuvez, o maior distanciamento dos filhos, entre outros) pode ser difícil.

É importante salientar que os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações mais antigas. A autonomia e o estado de saúde devem ser factores a ter em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente.

Segundo Pimentel (2001) as relações de comunidade e de vizinhança tendem a perder importância nos nossos dias, especialmente nos grandes aglomerados urbanos, onde as pessoas se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil manter as formas de solidariedade. Nas sociedades ditas tradicionais as redes de interacção eram, em grande

parte, suficientes para garantir um apoio efectivo àqueles que necessitavam, particularmente aos idosos.

Ser idoso, só por si, não deveria ser um facto negativo e preocupante. Os seres humanos não perdem as suas capacidades só porque envelhecem e os seus saberes podem ser precisos numa sociedade em transformação. O idoso tem, no entanto, algumas dificuldades em adaptar-se a novos contextos e à dinâmica da sociedade, obrigando-o a mudar continuamente.

Fernandes (2002) relembra-nos o facto de que os idosos ocupam cada vez mais espaço na sociedade, constituem uma maior força social pelo seu número, têm mais força cultural pela sua sabedoria e mais força económica pelo consumo.

É importante reconhecer que o envelhecimento não é uma tragédia, mas uma grande oportunidade para fazer uso de recursos adquiridos ao longo da vida.

A sociedade tem de compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a autonomia e contribuir de forma positiva para a prosperidade da mesma.

Para terminar esta abordagem, o facto de não podermos considerar os idosos como uma categoria homogénea leva-nos a relativizar todas as informações que possamos proferir, pois cada indivíduo tem uma história, uma personalidade.

## 2.2 - AS DIMENSÕES DE VULNERABILIDADE ASSOCIADAS À VELHICE

Envelhecer pressupõe uma adaptação a uma nova fase da vida, que implica desafios, crises, aprendizagens e reestruturações tal como noutras fases do crescimento humano.

Fernandes (2004) afirma que são propriedades atribuídas ao conceito de “pessoa idosa”: velho, reformado e viver só. Estas indicam uma estrutura social onde ainda predominam grandes vulnerabilidades.

Envelhecer em Portugal não será exactamente igual a envelhecer noutro país. Guedes (2007) considera que o problema social dos idosos será certamente um dos mais graves da sociedade portuguesa. Isto porque os idosos estão mais vulneráveis à pobreza. A mesma autora acrescenta ainda que num estudo realizado por Bruto da Costa (1998)

verificava-se que a taxa de pobreza era de 22% para o conjunto das famílias e 39% para as famílias que tinham como representante uma pessoa idosa.

Analisando alguns indicadores podemos constatar domínios de vulnerabilidade da população idosa portuguesa. A nossa sociedade é muito centrada na economia e produção, tendo como valores fundamentais o lucro, consumo e rentabilidade. A saída do idoso da vida activa constitui uma fonte de vulnerabilidade, pois o idoso deixa de ter capacidade de competir no mercado de trabalho. São assim considerados improdutivos, inúteis e dependentes. O exercício de uma actividade profissional constitui para além da fonte de rendimentos uma forma de integração social. Além disso a reforma conduz a uma redução dos ganhos.

Para a população, a imagem do idoso está relacionada com a actividade que desenvolve. Baldessin (2000) afirma que a reforma está associada a perda de trabalho e de relações, existindo o sentimento de inutilidade, que conduz à frustração do idoso, com perda de papéis e conseqüente dependência. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) acrescentam que a reforma é uma conquista recente constituindo uma porta de acesso à velhice acompanhado da diminuição da importância social e de poder.

Fernandes (2004) afirma que a proporção de reformados com pensões baixas é ainda muito elevada. Os benefícios sociais são francamente insuficientes para inúmeros idosos reformados em idade avançada. Em 2000, 69,6% dos reformados recebiam pensão inferior a 200 euros. Em 2001, a proporção baixou para 45,2%.

A precariedade e fragilidade social contribuem para a descapitalização económica e social ao longo das trajectórias de vida.

As situações de fragilidade material associadas a dificuldades de relacionamento familiar e problemas de saúde potenciam a desintegração e exclusão social. As políticas de protecção social, têm, por um lado, promovido a integração económica através da generalização e universalização das reformas, mas por outro lado o estatuto económico não é acompanhado por uma melhoria do estatuto social (Fernandes, 2004).

Para além dos factores económicos, outros factores podem contribuir para a exclusão das pessoas idosas como sendo o nível de instrução. Como refere Matos citado por Guedes (2007) apesar de constituir um direito humano e constitucional e uma condição fundamental para o exercício da cidadania, o direito à formação nem sempre tem encontrado espaço de actualização na sociedade.

Outro aspecto a referir na população idosa é a inactividade cerca de 81%, das pessoas com 65 ou mais anos em 2001. Guedes (2007) faz referência a um inquérito realizado em 1999 referente à ocupação dos tempos livres que evidencia diferenças entre os sexos no que diz respeito a actividades domésticas. As actividades respeitantes ao trabalho no lar era quase exclusivamente das mulheres. A participação em organizações culturais ou sociais, clubes desportivos recreativos é pouco significativa sendo mais prevalente nos homens. As relações sociais e de vizinhança assumem uma frequência significativa, pois a maioria dos idosos conversam todos os dias com familiares ou vizinhos.

Quanto às actividades de lazer quase a totalidade dos idosos vê televisão diariamente. A participação sociocultural nos idosos é relativamente baixa. Daí que o isolamento e a solidão entre os idosos seja um problema grave (Guedes, 2007).

Em relação às condições de conforto constata-se uma melhoria das infra-estruturas básicas de alojamento. Contudo os agregados com idosos continuam a apresentar resultados que reflectem piores condições relativamente à população em geral.

Segundo o INE citado por Guedes (2007), a população idosa acumula baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, a que se juntam condições de saúde, habitação e conforto desconfortáveis.

Os principais problemas de saúde de acordo com Jacques (2004) são: reumatismos, doenças cardiovasculares, doença pulmonar crónica, diabetes e doença mental. Na perspectiva de Hekman, citado por Almeida (2008), a pessoa idosa é portadora não de uma doença crónica mas sim de várias.

Além das incapacidades que estas alterações provocam é importante considerar as principais causas de morte nos idosos. Os dados do INE (1999, 2003b) revelam que as três principais causas de morte são: as doenças cérebro-vasculares, sintomas e sinais de afecções mal definidas e outras doenças do aparelho respiratório.

Almeida (2008) refere que os idosos com maior propensão para se tornarem dependentes possuem as seguintes características: idade igual ou superior a 80 anos; vivem sozinhos; mulheres especialmente solteiras e viúvas; viver isolados do ponto de vista social; possuírem incapacidade moderada ou grave com influência nas actividades básicas da vida diária; casal de idosos no qual um deles é portador de incapacidade com influencia nas actividades básicas de vida diária; ausência de filhos; recursos económicos insuficientes para satisfazer as suas necessidades e viver em casa de repouso.

Nem todos os idosos acumularão todas as fragilidades, no entanto as respostas do Estado e o apoio formal serão um mecanismo importante na garantia de uma velhice digna. Em regra, a velhice constitui uma fase da vida em que culminam factores de vulnerabilidade.

### 2.2.1 – Dependência no Idoso

O termo dependência vem do latim “dependere” e significa “estar suspenso a”. Gil (2007) refere que a representação de dependência torna-se uma realidade do envelhecimento; esta visão consensual baseia-se num pressuposto deficitário, veiculado pela palavra dependência, como incapacidade em viver só. Contudo, sabe-se que a maior parte das pessoas desfrutam de boa saúde que lhes permite viver de uma forma independente (Santos, 2000).

Amaral e Vicente (2000) referem que o conceito de dependência pode ser definido como a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante de modo a satisfazer as suas necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diária.

A dependência no idoso surge devido a obstáculos que o impedem de satisfazer as suas necessidades como sendo a ausência de apoio e afecto familiar, isolamento e solidão e inactividade resultante da reforma.

Paschoal (2000) defende que o declínio funcional é mais lento ou rápido dependendo de factores como sendo constituição genética, hábitos e estilos de vida, meio ambiente, contexto sócioeconómico-cultural, ou o facto de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada.

Os idosos constituem uma faixa etária com limitação das suas capacidades e doenças crónicas. Paralelamente ao envelhecimento, as doenças crónicas (como por exemplo, sequelas de acidente vascular cerebral, artroses, reumatismo, diabetes, hipertensão e doenças mentais) tendem a manifestar-se de forma mais expressiva, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida, significando, muitas vezes, perda de autonomia para o idoso. São elas, na maioria das vezes, geradoras de incapacidade, afectando a funcionalidade dos idosos e consequentemente o seu

desempenho nas actividades quotidianas (actividades básicas e actividades instrumentais de vida diária).

Numa perspectiva mais global, dados da Organização Mundial de Saúde, referidos por Pires citado por Brito (2002), revelam que cerca de 70% dos idosos encontrar-se-ão numa situação de total auto-suficiência do ponto de vista físico, psicológico e social, requerendo apenas intervenções de tipo preventivo, tendo em vista a manutenção da sua autonomia e qualidade de vida. Cerca de 15% dos idosos terão atingido uma situação de semidependência (relacionada com a perda gradual de capacidades físicas e cognitivas, em idades mais avançadas). A acrescentar que em cerca de 10% dos idosos haverá quadros patológicos que irão determinar uma acentuada redução na sua capacidade ao nível das actividades de vida diária. Finalmente, estima-se em apenas 5% o número de idosos que efectivamente encontrar-se-ão numa situação de grande dependência.

Nota-se que o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário. Há diversos factores que podem determinar a dependência no idoso, entre eles factores físicos, psicológicos e provenientes do contexto. No que diz respeito aos físicos, salienta-se a fragilidade física, problemas de mobilidade e doenças. Acerca dos psicológicos podem mencionar-se transtornos cognitivos e alterações de personalidade. Relativamente aos contextos, tem que ver com o ambiente físico, atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso, podendo promover a autonomia ou, contrariamente, acentuar a dependência.

### 2.2.2 – Isolamento social e Solidão no idoso

A velhice em si não é um problema social. O que poderá constituir um problema social é a ausência, insuficiência ou inadequação das respostas sociais face às necessidades desta população.

A redução das redes sociais são um fenómeno natural do envelhecimento dado que à velhice se associam barreiras que dificultam a manutenção de relações e as marcam pela instabilidade nomeadamente: perdas relacionais (morte de amigos e familiares); vulnerabilidades pessoais (deterioração de saúde física, alterações no estado psicológico); barreiras ambientais e contextuais (diminuição do estatuto económico, estereótipos

sociais); stress e conflito (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Com a velhice as redes sociais diminuem de tamanho, concentrando-se nos familiares e reduzem-se os níveis de reciprocidade.

Calado (2004) afirma que a atitude perante as perdas e a gestão das rupturas são extremamente significativas para compreendermos o grau de importância que assumem na construção dos sentimentos de solidão e isolamento.

A idade da velhice constitui uma fragilidade face à solidão. Ao longo da vida cada um é confrontado com um certo número de rupturas, plurais, tanto nas formas como na maneira de as assumir. O sofrimento dos mais idosos, originado pelo sentimento de solidão é considerado por muitas pessoas como uma das mais penosas problemáticas situações de vida a que se torna necessário responder. Esse sofrimento não acontece apenas em casos de vivência isolada.

O isolamento social refere-se à integração de pessoas e grupos com a comunidade e caracteriza-se pela falta de comunicação e manutenção de contactos mínimos. A solidão corresponde à percepção da privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). A viuvez é muitas vezes associada a sentimentos de solidão, precisamente pela perda de relação íntima muito particular (Paúl, 1997).

A relação entre isolamento, solidão e viver sozinho é complexa. Muitos idosos que vivem no seio das suas famílias ou em instituições sofrem por falta de comunicação e participação social e afectiva, numa sociedade em que os laços de convivialidade e os afectos se desvalorizam permanentemente face à importância crescente e quase exclusiva dos bens materiais, superficialidade das aparências e do sucesso social e económico a todo o custo (Calado, 2004).

O mesmo autor acrescenta ainda que é um facto que os outros se encontram cada vez menos presentes nas fases avançadas da vida, com o tempo os amigos foram desaparecendo, a família está muitas vezes ausente, as incapacidades são cada vez mais importantes.

Victor et al citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) apresentam um modelo de relações entre solidão e isolamento com os recursos do idoso e acontecimentos de vida. Consta-se a influência de factores sócio-demográficos, as pessoas que vivem sós estão mais sujeitas a solidão; a solidão e isolamento são mais comuns entre os muito idosos. As mulheres são mais propensas à solidão. Os idosos operários sentem-se mais sós, porque as

classes mais baixas mantêm mais contactos baseados na família. Relativamente aos recursos, verifica-se que as redes sociais, pessoais, mais amplas são mais protectoras. As relações com amigos próximos previnem mais a solidão do que as relações com familiares. Quanto a acontecimentos de vida, a viuvez é um factor associado à solidão e isolamento numa variedade de culturas. A reforma, migração, dependência ou outros acontecimentos que contenham sentimento de perda de papéis anteriores aumentam os níveis de solidão e isolamento. A institucionalização reforça esses sentimentos.

Calado (2004) corrobora com este modelo afirmando que a perda do cônjuge perturba a composição da rede relacional. A institucionalização constitui também fonte de perda de referências e de transformação das interacções sociais existentes. Estas transformações afectam o idoso conforme as suas maiores ou menores capacidades para fazer face à mudança.

O baixo estado de saúde, má condição física e problemas de saúde mental, em especial a depressão fortalecem a solidão e isolamento.

Embora os apoios dos familiares sejam extremamente importantes do ponto de vista dos afectos, segurança e previsibilidade da própria vida são as redes de vizinhança que desempenham um papel fundamental no quotidiano das pessoas idosas que vivem isoladas. Consolidar os laços de vizinhança, enriquecer a sociabilidade e reaprender a valorizar as coisas simples da vida é uma das defesas mais importantes contra a solidão e insegurança (ibidem).

Portugal (2008) refere que o isolamento e a solidão devido à perda de familiares e amigos são motivos mais frequentemente apontados pelos idosos para a sua institucionalização, devido à inexistência de uma rede de interacções que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efectivo em caso de maior necessidade.

### **3 – MECANISMOS E REDES DE APOIO AO IDOSO**

O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: no âmbito do cuidado formal e no âmbito do cuidado informal.

Os cuidados informais são executados no domicílio de forma não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas parte dos mesmos. Normalmente ficam á responsabilidade dos familiares, vizinhos ou amigos (Sequeira, 2007).

No âmbito do cuidado formal a prestação de cuidados é executada por profissionais designados por cuidadores formais, tendo uma preparação específica para o desempenho deste papel.

#### **3.1 – REDE FAMILIAR/INFORMAL**

A família segundo Relvas (1996:11) é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas como instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados.

Neste contexto de prestação de cuidados é primordial descobrir o papel fundamental que as famílias, vizinhos e amigos desenvolvem com as pessoas idosas, estes utilizaram o termo suporte informal para definir as “redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos “ (Dobrof, 1997:53).

Hoje é comum ouvir dizer-se que vivemos numa sociedade em mudança. Neste contexto no que diz respeito à família, esta nunca esteve nem está separada da sociedade, quer no particular, quer no seu conjunto, pois “as pessoas estão cada vez mais condicionadas pelos locais de trabalho, onde acabam por tomar as refeições. As crianças e os idosos crescem e vivem nos espaços colectivos que lhes são impostos, com poucas ligações ao ambiente familiar (Cabral citado por Imaginário 2008:59).

A relação da família com o idoso tem sido diferente ao longo das gerações. Segundo Sebastião (2002), a imagem da família tradicional em que conviviam os avós, pais, filhos e netos na mesma casa tende a alterar-se devido a factores de migração em que os jovens se afastam dos meios rurais para grande cidades e os idosos permanecem em

locais onde sempre viveram, subsistindo a solidão que adoptam pela melhoria da qualidade de vida.

Na sociedade moderna não existe coabitação entre os diversos membros da família (Bris, 1994).

Constata-se que nas últimas décadas, ocorreu uma diminuição na dimensão média dos agregados familiares “...um crescimento rápido das famílias constituídas por uma única pessoa, famílias monoparentais (...) em detrimento das famílias numerosas onde coexistiam mais de duas gerações (Pinto, 1994:48)”. Esta tendência também é visível em Portugal, com excepção da região Norte, sobretudo litoral, onde se verifica a mais elevada dimensão média da família e os maiores valores para as famílias numerosas, encontrando-se estas mais preservadas (Santos citado por Imaginário, 2008).

Aboim (2003) afirma que os agregados domésticos são menores do que eram em 1960. Verifica-se uma tendência para a diminuição do número de pessoas por agregado. Constata-se, ainda, um aumento das pessoas sós, mas nos idosos a variação entre 1990 e 2001 foi de 35%, bastante mais inferior do que nos jovens.

Podem realçar-se dois factores responsáveis por estas modificações na família, por um lado, as novas realidades socioeconómicas; por outro lado, a evolução dos comportamentos demográficos, favorecendo uma modificação na estrutura familiar. Minuchin (1990:57) afirma que “a estrutura familiar é o conjunto de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem, apesar de todas as transformações continua a ser a comunidade de solidariedade o centro privilegiado de transmissão de vida”.

Constata-se que, no mundo contemporâneo, favorece-se o modelo familiar que dá primazia ao imediato, à satisfação dos momentâneos prazeres da vida, perdendo-se o sentido dos compromissos definitivos, tornando-se a família uma estrutura instável. As mudanças não ocorrem apenas nas estruturas, atingem mentalidades e atitudes, “as famílias não são mais o espaço por excelência da afectividade e do amor, muito menos de realização pessoal (Fernandes, 1994:1154)”.

No passado, as famílias eram geralmente de estrutura múltipla; segundo Minuchin (1990), as diversas gerações viviam juntas sob a autoridade do chefe de família. Isto não se verifica na sociedade contemporânea, uma vez que a industrialização teve um papel relevante na família nuclear.

Nas últimas décadas, em diversos países industrializados, ocorreram transformações das estruturas e dimensões das convivências familiares. Constata-se um aumento do número de famílias e uma redução na dimensão das próprias famílias como também uma diferente distribuição dos vários tipos de estrutura familiar. Saraceno (1997:41) acrescenta ainda que, estes fenómenos são o resultado tanto de “comportamentos individuais e familiares como de processos demográficos diversos”.

O aumento recente no número das famílias deve relacionar-se, antes de mais, com o aumento da esperança de vida que faz com que haja mais casais idosos e mais indivíduos sozinhos. São os idosos que vivem sós, depois de eventuais filhos terem formado uma família e depois do cônjuge ter falecido. A redução dos nascimentos, que modifica a dimensão da família, exacerba o desequilíbrio entre o aumento da população e o aumento destas (Imaginário, 2008).

Os factores que interferem na alteração da estrutura familiar são a evolução demográfica, controlo da natalidade, aumento da esperança de vida, inserção da mulher no mercado de trabalho, a expansão da civilização urbana associada ao aumento do stress e distanciamento afectivo e geográfico. A família nuclear surgiu a partir do século XX. A velhice assume o sentido específico resultante da emergência deste grupo populacional nas últimas décadas do mesmo. Como consequência do aumento da esperança de vida associada à evolução da ciência e tecnologia médicas, aumenta o número de famílias tri-geracionais com o desenvolvimento e reforço do topo chegando a haver mais avós do que netos. Esta estrutura familiar multigeracional implica uma maior longevidade, mas também fracas distâncias geracionais (Fernandes, 2008). A mesma autora, acrescenta ainda que, embora se verifique esta estrutura multigeracional, a coabitação dos pais idosos com os filhos adultos é menor.

A reestruturação familiar assenta na transformação de papéis, funções e estatutos no que concerne ao envelhecimento. Exige que os idosos sejam reenquadrados na família de forma a que se promova as relações de suporte, visando a resposta às incapacidades e necessidades de dependência crescentes e, do mesmo modo, realçar as potencialidades de autonomia e os seus direitos de dignidade.

Apesar da família estar em mudança, no sentido de acompanhar o processo dinâmico das sociedades, não pode ser esquecido que ela é, e continua a ser, o local privilegiado das relações estruturantes do indivíduo “... a família de hoje assenta numa

estrutura relacional (...) onde os indivíduos se sentem de facto eles próprios um local onde as pessoas vivem e se sentem bem (Festa, 1996:19)”.

Fernandes (2008) afirma que a diminuição das situações de estabilidade conjugal, menos filhos e laços mais frágeis com a família alargada, potencia que as ajudas informais, no futuro, tendam a ser mais restritas. As mudanças ocorridas na família produzem uma redução do número de parentes ou mesmo a ausência deles, originando idosos com falta de contactos, bem como o desaparecimento de possíveis fontes de apoio, quando precisar de ajuda.

No entanto, Desesquellles, citado por Gil (2007) considera que pertencer a uma família composta por quatro gerações, será muito comum num futuro próximo, o que significa que os indivíduos entre os 50 e 64 estarão mais predispostos a apoiar os pais, em idades muito avançadas.

A descida acentuada da dimensão média dos agregados domésticos (1960 era de 3,8 passando para 2,8 em 2001), a prevalência de famílias simples, a diminuição de famílias numerosas com mais de 5 pessoas e a ligeira subida da proporção de pessoas sós, das famílias monoparentais e dos casais sem filhos, constituem alguns dos traços das alterações verificadas nas estruturas familiares, nos últimos 40 anos em Portugal (Aboim, 2003).

Gonzalez citado por Gil (2007) afirma que a necessidade de uma maior intervenção das gerações adultas, agora mais reduzidas, na prestação de apoio aos mais idosos, em situação de dependência, será uma tendência que se agudizará, num futuro próximo em todos os países Europeus. Acrescenta, ainda que os efeitos das transformações demográficas, não só têm consequências nas estruturas familiares como também, nas responsabilidades familiares, nos cuidados de longa duração, que poderão ser de grande importância.

### 3.1.1 – Funções da Família

As mudanças constantes nas sociedades ao longo dos tempos conduziram ao aparecimento de uma nova problemática, o abandono de muitas funções que tradicionalmente eram da responsabilidade da família. Quase todos os serviços que

actualmente são assumidos pelo Estado, serviços educativos, sanitários, de segurança social e assistência, no passado eram executados pela família (Imaginário, 2008).

É um dado adquirido que a família tem sido o primeiro e principal grupo de apoio emocional que serve de suporte à pessoa, existindo também uma interdependência de afectos e emoções. Através da convivência familiar aprende-se e encontra-se os apoios para satisfazer as necessidades e dar resposta aos problemas. Todas estas funções permitem libertar a pessoa do isolamento, da solidão e do anonimato do mundo “uma das principais funções da família é de apoiar os seus membros” (Minuchin, 1990:65).

Vários estudos evidenciam a importância das relações familiares e da força que a instituição familiar possui como centro de solidariedade intergeracional e intrageracional, onde a maioria dos idosos com dificuldades, por dependência, recebem cuidados provenientes da família (Imaginário, 2008).

Como refere Relvas (1996), o reconhecimento da dependência dos idosos por parte da família reveste dois níveis diferenciados. Um primeiro, insensível e progressivo que se prende com o facto de essas gerações deixarem de ser fonte de recursos. Um segundo nível, de carácter brusco, que se liga à constatação da incapacidade para a autonomia, quer ela se manifeste em termos físicos, materiais, de saúde ou outros. A mesma autora acrescenta ainda que a reorganização circular da dinâmica familiar é um processo em que se correm alguns riscos, concretamente a assistência prematura do idoso por parte da família, que prejudica gravemente as condições de aprendizagem do novo e diferente equilíbrio entre autonomia e dependência.

A contribuição da família para com o idoso é tão importante que se defende a nível mundial que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de cuidados ao idoso. A família é o suporte e o lugar privilegiado para o idoso. Robinson citado por Imaginário (2008), refere que diversos estudos demonstram que os familiares são os principais cuidadores do idoso. As pessoas idosas quando necessitam de ajuda em primeira instância procuram o cônjuge. Na ausência deste, procuram os filhos, especialmente as filhas. Em muitas famílias, a manutenção das relações e o fornecimento de cuidados aos idosos dependentes continuam a ser trabalho de mulher.

É de referir que um idoso dependente na esfera familiar altera o movimento natural do ciclo de vida familiar podendo ocorrer mudanças a nível da individualidade e autonomia de todos os elementos da família. Em certas situações, um dos elementos da família tem de renunciar ao emprego em função do idoso dependente e por outro lado os

recursos económicos podem ser afectados, dificultando a satisfação das necessidades familiares (Imaginário, 2008).

O apoio familiar é imprescindível ao equilíbrio biopsicossocial do idoso, uma vez que esta instituição tem como função favorecer um envelhecimento útil. “Quando consideramos a vida da pessoa humana, não se pode deixar de considerar que a família é, na verdade, o seu habitat natural, local onde se é o que se é, sem máscaras sociais (Leme e Silva, 2000:92).

O ser humano necessita de estabelecer laços afectivos e relações em qualquer fase da vida. Na perspectiva de Imaginário (2008), o abandono e a solidão são sentimentos que convivem com a velhice. O abandono pode revelar-se de várias formas, o facto de ser afastado da participação no convívio familiar pode gerar uma situação de solidão, paulatinamente o idoso vai deixando de se relacionar com as pessoas e pouco a pouco incorpora a imagem de inutilidade. Relvas (1996:215) não corrobora com esta ideia de que o idoso se encontra abandonado pela família afirmando que “...os idosos não são tão abandonados pelas famílias como se pressupõe (...) o envelhecimento é uma importante questão familiar, independentemente da vivência conjugal ou separado (...) das gerações. Segundo a autora supracitada, a questão do abandono familiar é um mito da sociedade ocidental. No conjunto dos países da Comunidade Europeia destacam-se Portugal e Espanha com mais baixas percentagens de idosos solitários. No que diz respeito à institucionalização do idoso, na Europa, as percentagens variam entre os 10% na Holanda em 1981 e os 2% na Grécia e Espanha em 1971 (Ibidem).

### 3.1.2 – Família prestadora de cuidados informais

O aumento da esperança de vida nas nossas sociedades conduz a um aumento das pessoas idosas. Pese embora, a maioria não seja doente nem dependente, o avanço da idade conduz à perda de autonomia e faz com que eles necessitem de ajuda de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas (Imaginário, 2008).

Durante milhares de anos os cuidados não estavam tutelados por nenhum ofício nem profissão, “diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo”

(Colliére, 1999:27). Esta prestação de cuidados baseava-se num acto de reciprocidade. A necessidade de cuidados tem acompanhado a evolução da humanidade e criado laços de interdependência entre as pessoas em que a família é o mais antigo e mais utilizado serviço de assistência à saúde no mundo.

Palma (1999:28) refere que vários estudos europeus revelam que “ é a família que tem a seu cargo a maior parte da responsabilidade pelos dependentes idosos”.

A ausência de redes de apoio familiar tem mostrado preditivo na institucionalização do idoso, uma vez que os cuidados informais são assumidos pela família. A casa é o cenário de relações afectivas, trocas sociais, reflecte um passado e é ela própria um símbolo da dinâmica da vida (Imaginário, 2008).

Para Colliére (1999:235), cuidar é “um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

A tarefa de cuidar, na perspectiva de Imaginário (2008), depende de vários factores, uns referentes ao idoso (tipo e grau de dependência), outros que têm que ver com o cuidador (idade, disponibilidade, entre outros), e a história passada e actual (relacionamento mútuo).

Paúl (1997:93) afirma que “ a família na nossa sociedade, tem ainda um papel importantíssimo no apoio instrumental ao idoso e também no seu bem-estar psicológico”. Este preceito ainda está bem enraizado na nossa sociedade, embora existam sinais de mudança na instituição familiar. Estes cuidados desenvolvem as actividades em dois domínios: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico e apoio instrumental que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais do idoso e perda de autonomia física temporária ou permanente.

Sendo a família o recurso fundamental na manutenção do idoso no seu domicílio, o sucesso da prestação de cuidados informais passa necessariamente pelos apoios que o cuidador recebe, provenientes de redes informais ou formais (Imaginário, 2008).

O familiar torna-se cuidador consoante ocorre uma perda progressiva de autonomia da pessoa de quem se cuida (Figueiredo, 2006). A mesma autora acrescenta ainda que quem terá mais probabilidade de se tornar cuidador informal é: ao nível de parentesco, o conjugue e filhos; ao nível de género, os elementos do sexo feminino; segundo a

proximidade física, quem vive com a pessoa que requer cuidados; de acordo com a proximidade afectiva, os elementos com quem se mantém uma relação conjugal ou filial.

Existem motivações que determinam a assunção do papel de cuidador. A noção de dever, moral e social, é um dos motivos, associado ao modelo de família tradicional, os familiares assumem cuidar para não serem desvalorizados aos olhos dos outros ou por reciprocidade, dar em troca não se sentir culpado. A solidariedade conjugal é um dos motivos, pois existe a ideia de que quando se casa é para o melhor e para o pior. O valor da solidariedade familiar também se verifica em relação aos filhos. Estes motivos estão associados ao cristianismo. Sentimentos como amor, afecto, ternura, condicionam a prestação de cuidados. A recompensa material, herança, pode ser um factor preponderante na assunção deste papel. Por fim, o evitamento da institucionalização, devido à imagem negativa que os familiares detêm acerca dos lares (Ibidem).

No entanto, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) consideram que tendo em conta as alterações ocorridas na família como sendo o aumento de divórcios, de famílias reconstruídas e monoparentais, de mulheres no mercado de trabalho e da mobilidade geográfica das famílias, existe uma maior indisponibilidade por parte da família quando tem de assumir o papel de cuidador.

### 3.1.3 – Consequências da prestação de cuidados

O que caracteriza os cuidados prestados pela família é a diversidade, visto que as actividades desenvolvidas respondem a um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar e saúde dos idosos (Lage, 2005). O processo de cuidar é complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências responsáveis por alterações na saúde e bem-estar no prestador de cuidados.

A vida dos cuidadores informais pode ser afectada de várias formas, sendo frequente os cuidadores de idosos dependentes manifestarem modificações ao nível das relações familiares, no trabalho e na situação económica, no seu tempo de lazer, na saúde e no seu estado de ânimo (Imaginário, 2008). A prestação de cuidados representa custos para quem os realiza, físicos, sociais, financeiros e afectivos (Silva et al, 1995).

Segundo Lage (2005), o cuidar de idosos obriga a família a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades podendo constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para os indivíduos e famílias. O stress, na perspectiva da mesma autora, ocorre quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas à família e os seus recursos e capacidades para resolver os problemas.

A sobrecarga do cuidador, objectiva e subjectiva, corresponde às consequências físicas, psicológicas e sociais inerentes ao acto de cuidar de outra pessoa. A sobrecarga objectiva diz respeito aos acontecimentos e actividades concretas, corresponde à interrupção nos aspectos da vida familiar que são potencialmente observáveis e quantificáveis. A sobrecarga subjectiva é definida como sendo sentimentos, atitudes e reacções emocionais do cuidador à experiência do cuidado (Lage, 2005).

Uma das alterações que os cuidadores informais manifestam de forma mais exacerbada tem que ver com as relações familiares, podendo surgir conflitos familiares resultantes de desacordos entre o cuidador e outros familiares face a comportamentos, decisões e atitudes de uns e outros (Imaginário, 2008). Esta autora acrescenta ainda que o facto do idoso dependente ir viver com a família é uma fonte de conflito, porque o resto da família também se vê afectada com a nova situação.

A prestação de cuidados ao idoso exige muito tempo e dedicação, face a esta ocupação o casal, muitas vezes, deixa de ter tempo para ele. Isto pode conduzir a um declínio das relações familiares.

Decorrente do tempo de dedicação que o cuidador informal dedica ao idoso dependente é frequente que se aperceba que já não tem tempo para o seu lazer, dado que parte substancial do tempo que anteriormente dedicava ao ócio e aos amigos tem que o dedicar para enfrentar a tarefa de ser cuidador (Imaginário, 2008). Este abandono das actividades sociais produzem muitas vezes no cuidador sentimentos de tristeza e isolamento “...o idoso dependente necessita da presença física de alguém que esteja próximo e disponível (Dominguez- Alcon, 1997:474).

Para além destas dificuldades de tempo dispensado para cuidar do idoso, os problemas entre irmãos, com o cônjuge ou até com o idoso são aspectos que os cuidadores também mencionam. Entre irmãos deve-se ao facto de ninguém assumir papel de cuidador, ou por residirem no estrangeiro e existir uma despersonalização consciente ou inconsciente, perante a actividade de cuidar. Os problemas com o idoso ocorrem devido a conflitos no passado. Na perspectiva de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), a história da

relação com o idoso, marca de modo muito acentuado, o que vai acontecer na velhice, explicando que os familiares dificilmente irão gostar dos seus idosos, se estes tiveram comportamentos pouco correctos para com os cuidadores.

O problema do idoso permanecer sozinho em casa durante o dia sem cuidador é factor preocupante para o cuidador, porque este para trabalhar não consegue dar a atenção merecida ao idoso (Leme e Silva, 2000).

No que diz respeito às alterações de saúde do cuidador, estes experimentam com muita frequência o cansaço físico e a sensação de que a saúde decaiu desde que assumiu a prestação de cuidados ao idoso (Imaginário, 2008). No estudo realizado por Costa e Silva (2000:18) verificou-se que “cuidar, em continuidade, de pessoas envelhecidas, doentes e dependentes interfere no bem-estar psicológico subjectivo de cada um”.

Também é necessário ter em conta que a maior percentagem de cuidadores são adultos idosos, portanto é provável que estejam a iniciar algumas alterações do envelhecimento como a diminuição da força muscular e alterações de algumas estruturas que permitem a mobilidade. Esta carga está relacionada com o grau de dependência do idoso e com os apoios disponibilizados pelos serviços sociais e de saúde (Imaginário, 2008).

Os cuidadores informais em Portugal podem solicitar apoio nos serviços sociais e de saúde. Este apoio circunscreve-se a cuidados diários, ajuda domiciliária e serviços de enfermagem (ibidem). Reconhece-se que estes serviços são insuficientes, dado que as principais necessidades dos cuidadores informais são: “Sistemas de substituição para descanso que permitam ao prestador de cuidados terem alguns dias de férias...prestação de cuidados à noite e aos fins de semana...informação e formação sistemática sobre as tarefas do prestador de cuidado” (Silva et al, 1995:12).

Celma Vicente (2001), na sua investigação, verificou que os cuidadores requerem mais informação, manifestam o abandono do seu auto-cuidado, falta de descanso e conforto. Os cuidadores apresentam uma série de necessidades que agrupou em diversas categorias: materiais (recursos financeiros, ajudas técnicas), emocionais (suporte emocional, grupo de apoio), informativas (como realizar os cuidados, adaptações ambientais, direitos e deveres) (Figueiredo, 2006).

É fundamental desenvolver recursos para as famílias que prestam cuidados entre eles, esquemas de substituição para descanso do prestador de cuidados, iniciativas de apoio

nos locais de trabalho, novas tecnologias de comunicação, apoio financeiro, grupos de apoio de entreajuda e serviços de comunidade local (Imaginário, 2008).

Muitas vezes, as alterações que ocorrem na família durante a prestação de cuidados não são exclusivamente negativas. Algumas podem ser positivas, gerando satisfação no prestador de cuidados informais, que apesar das dificuldades da árdua situação, esta experiência pode ser muito satisfatória para o cuidador. Como refere Pimentel (2001:90), os familiares apresentam como razões para o cuidar dos pais ou parentes idosos um misto de “amor e afecto”. Lage (2005) também enumera efeitos positivos do cuidar como a recompensa, gratificação e sentido de utilidade, satisfação, sentimentos de realização pessoal, desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar, benefícios nas suas relações familiares. Figueiredo (2006:71) inclui como fontes de satisfação para o cuidador, “manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressar amor e afecto, afastar a possibilidade de institucionalização, encarar a prestação de cuidados como a possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal, sentido de realização, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências”.

### 3.2 – REDE FORMAL

O envelhecimento traz impactos sociais, especialmente nas políticas sociais da velhice. A velhice, como categoria social, tem vindo a acentuar certas propriedades problemáticas relacionadas com as capacidades fisiológicas que estão associadas ao adiamento substancial da idade de morrer. Prevenir a dependência e promover a velhice activa e saudável é a grande problemática da longevidade conquistada (Fernandes, 2004). O envelhecimento demográfico traz impactos políticos no que concerne à sustentabilidade das reformas, crescimento das despesas de saúde bem como ao nível da prestação de cuidados formais e informais.

Esta problemática relativamente ao envelhecimento populacional, tem sido cada vez mais encarado como uma prioridade quer por instituições governamentais quer por instituições não governamentais.

Apesar dos esquemas de protecção social terem começado a surgir com a industrialização na Europa, é após a II Guerra Mundial que se verifica a generalização de seguros obrigatórios e dos sistemas de segurança social. O Estado assume um papel cada vez mais interventor, criando e apoiando a criação de todo o tipo de serviços e equipamentos para a população carenciada, em geral, e para os idosos, em particular. “la gestion familiale des vieux s’est transformée en gestion collective de la vieillesse” (Drulhe, 1981:5).

Hoje os sistemas de reforma e as instituições constituem uma nova forma de cuidar, caracterizada pela mediação anónima entre gerações por parte de instâncias que se impõem com uma lógica própria, implicando a criação de instituições e de agentes treinados e especializados no tratamento da velhice (Lenoir, 1979).

Durante muitos anos, o cuidado dos idosos estava ao encargo da família. Actualmente, esta rede de apoio informal, tem-se demonstrado ineficaz decorrente das alterações que ocorreram na nossa sociedade. As instituições assumem um papel cada vez mais importante no apoio aos idosos, em complementaridade com a família. Com o objectivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, sobretudo daqueles cujas redes de solidariedades primária são inexistentes ou ineficientes, surgem um conjunto de serviços e equipamentos diversificados de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência.

A Constituição da República, no artigo 72º defende que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal, e evitem e superem o isolamento ou marginalização social”.

No início da década de oitenta, concretizou-se a cooperação com as IPSS que estimulou a criação e remodelação dos serviços e equipamentos que correspondem às necessidades específicas dos idosos. A Acção Social tem vindo a criar respostas que se traduzem numa oferta alargada de serviços e equipamentos.

O Plano Nacional de Acção para a Inclusão 2006-2008 aborda uma série de questões ligadas a esta temática. Como resultado de directivas adoptadas no Conselho Europeu em 2006 relativas à protecção social e inclusão na primeira alínea refere-se como objectivo comum (MTSS, 2006<sup>a</sup>:4) “promover a coesão social e a igualdade de oportunidades para todos, através de políticas de inclusão social e sistemas de protecção social adequados, acessíveis, financeiramente viáveis, adaptáveis e eficientes”.

Essas medidas passam por conseguir assegurar uma prestação financeira (Complemento solidário para Idosos) por forma a aumentar os recursos económicos, reforçando e consolidando a rede de serviços de apoio.

A Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos aponta a evolução que tem ocorrido no nosso país relativamente ao aumento do número de serviços de apoio social à pessoa idosa. Como refere Almeida (2008), a resposta social que teve um crescimento maior (41,4%) foi dirigida a idosos.

No futuro com o programa PARES<sup>1</sup> (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais), o governo pretende que haja um reforço a nível dos equipamentos dos idosos de modo a criar 13 mil novas vagas em Centros de Dia, Lares e Serviço de Apoio Domiciliário. Relativamente aos Lares, prevêem um aumento de 10% do número de lugares.

Santos (2006) defende que estes equipamentos sociais devem ser adequados, excepcionais com boa estrutura arquitectónica e conforto.

Em suma, podemos salientar, em consonância com Pimentel (2001), que apesar de todos os esforços e medidas que visam a promoção de todas as formas de apoio social, que tentam evitar a institucionalização, não podemos esquecer que continuam a ser muitos os idosos submetidos a essa realidade e muitos mais os que se encontram em lista de espera.

### 3.2.1 – Equipamentos sociais de apoio aos Idosos

Neste trabalho iremos abordar as seguintes respostas sociais: lares de idosos, centros de dia e apoio domiciliário.

Os Lares foram os primeiros equipamentos sociais a surgir desde 1970. A resposta social de Lar de Idosos, diz respeito a um estabelecimento que desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres

---

<sup>1</sup> O Programa de Alargamento da Rede de Equipamento Sociais tem como objectivo a ampliação da rede de Equipamentos Sociais, constituindo-se como um pilar da estratégia de desenvolvimento integrado das políticas sociais do país. Permite melhorar as condições de vida dos cidadãos e familiares, promovendo o seu bem-estar.

dos utentes. A definição de lares de idosos está consignada no Decreto-Lei nº30/89 de 24 de Janeiro. O nº1 do artº 6 refere que “os lares para idosos, são estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas. O despacho normativo adopta uma definição muito mais ampla, referindo que o lar de idosos “é o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando animação social e a ocupação dos tempos livres do utente”.

Este equipamento tem por objectivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à satisfação das necessidades dos residentes; contribuir para o desenvolvimento normal do processo e envelhecimento evitando a sua deterioração; prestar apoio aos familiares dos idosos de modo a preservar os laços familiares (Correia, 2008).

Estes são os pilares mestres da organização e funcionamento do Lar, constantes na legislação, contudo é necessário realçar que o nível de qualidade dos serviços do Lar não se devem pautar única e exclusivamente pelas suas condições materiais, elas são importantes, no entanto é o ambiente humano que possibilita ao Idoso a manutenção dos seus hábitos, ou seja ser ele mesmo (Pimentel, 2001).

Silva (2001) refere que o Lar constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia cujos objectivos são: acolher pessoas idosas cujos problemas de saúde e sociais não sejam passíveis de melhorar com outro tipo de resposta social; responder de forma adequada às necessidades manifestadas pelos utentes deste equipamento; proporcionar serviços de forma a que o processo de envelhecimento decorra com o mínimo de degradação possível e contribuir para a preservação e desenvolvimento das relações familiares.

Segundo Machado (2003), os lares surgem como alternativa a idosos em situação de maior risco de perda de independência e autonomia ou que já não a possuem.

O internamento definitivo foi durante muitos anos a única possibilidade de apoio formal mesmo para aqueles que tinham condições de permanecer no domicílio, necessitando apenas de apoio temporário (Gomes, 2008).

O Serviço de Apoio Domiciliário, de acordo com o Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro “consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro

impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou das actividades da vida diária”. Surgiram no início dos anos setenta. Segundo Quaresma, citado por Correia (2008), “o serviço de apoio domiciliário apoia e presta cuidados formais e informais no domicílio”.

Os objectivos do Serviço de Apoio Domiciliário são contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos e retardar ou evitar a institucionalização, assegurar a satisfação das necessidades básicas, prestar-lhes cuidados físicos e psicossociais, contribuindo para o seu equilíbrio e bem-estar e colaborar na prestação de cuidados de saúde (Correia, 2008).

Na perspectiva de Quaresma citado por Correia (2008) “uma política de apoio domiciliária ancorada na política de velhice, será uma política intersectorial orientada para a diversificação da oferta de serviços de qualidade, e com qualidade, adequadas à heterogeneidade das situações”.

O Centro de Dia é uma resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar (Carta Social, 2007). Em Portugal os primeiros foram criados depois de 1976. Estes equipamentos tiveram um papel importante na prevenção da institucionalização, dado que investiram na qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas.

Assim, na perspectiva de Correia (2008), o objectivo fundamental do Centro de Dia é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio familiar. Mas também reintegrar os idosos na comunidade, mantendo-os no seu domicílio, prestando serviços que satisfazem as suas necessidades básicas, alertar os idosos para um diagnóstico e tratamento de prevenção, prestar apoio psicossocial e incrementar as relações interpessoais entre idosos de modo a evitar a solidão e isolamento. Asseguram ainda, o fornecimento de refeições, cuidados de higiene e conforto, tratamento de roupas, convívio, recreio, animação, ocupação e organização de férias.

Foi a problemática do envelhecimento que conduziu ao aparecimento por todo o país de instituições ou lares para idosos tendo o número aumentado cada vez mais, tentando dar resposta às novas dificuldades sociais. As instituições destinadas à prestação de cuidados à pessoa idosa e/ou dependente vão substituir o papel da família que estava incumbida de a realizar. Estas instituições baseiam-se em princípios defendidos por Salgado citado por Correia (2008), que se referem à autonomia da pessoa idosa e à sua

inserção social, através de actividades, quer na área da saúde, quer na área da animação social, recorrendo a serviços de apoio que privilegiam a manutenção do idoso no domicílio e o retardamento da institucionalização.

O Estado passa a assumir um papel cada vez mais activo e interventor, segundo Pimentel (2001), criando ou apoiando a criação de serviços e equipamentos para a população carenciada, em geral, e idosos, em particular.

Os equipamentos e serviços no âmbito da Segurança Social, dirigidos aos idosos são cada vez mais.

Em Portugal Continental, por referência a 31 de Dezembro de 2007 foram identificadas 5408 entidades proprietárias de equipamentos sociais, representando o sector não lucrativo 73,3%, dos quais 66,5% são IPSS.

O número de entidades proprietárias de equipamentos sociais tem vindo a aumentar de uma forma contínua e significativa. Segundo a Carta Social 2007, o número de equipamentos sociais em funcionamento no Continente aumentou de forma expressiva entre 1998 e 2007 (40,4%), o que se reflectiu em mais de 2100 equipamentos, dos quais 86,8% pertencem à rede social.

Para Fernandes (1997), somente a partir da década de setenta, segundo as novas políticas sociais da velhice, as instituições são criadas tendo em vista a prevenção da dependência e integração das pessoas idosas na comunidade.

Relativamente aos encargos sociais, distinguiram-se dois tipos de instituições: as que têm como objectivo a institucionalização das pessoas idosas e as que procuram criar as condições para manter a pessoa no domicílio.

#### **4 – INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO RESPOSTA DE SUPORTE AO IDOSO: EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS**

Até ao século XIX eram poucos os indivíduos que atingiam a idade avançada e, como tal, a velhice não se tornava um problema social digno de reflexão. O apoio que os idosos necessitavam era garantido pela solidariedade familiar ou pela caridade de alguns particulares ou instituições religiosas. O progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração da estrutura familiar, mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação e a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes e o facto dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser insuficientes para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio tem provocado um aumento da procura dos “Lares de Terceira Idade” (Pimentel, 2001).

Nas sociedades tradicionais existia um pacto entre as gerações, em que os mais idosos investiam nos filhos, na expectativa de que estes os apoiariam quando precisassem. No entanto, nas sociedades industrializadas este laço não desaparece, mas passa por um processo de despersonalização.

A autora supracitada refere que através do financiamento (indirecto) das instituições e serviços, o pacto mantém-se, pois os que pagam e os que usufruem de apoio pertencem a gerações diferentes. Desta forma, a prestação de serviços não é feita directamente, mas sim através da delegação de responsabilidades em instituições.

Hoje, os sistemas de reforma e as instituições constituem uma nova forma de cuidar, caracterizada pela mediação anónima entre gerações por parte de instâncias que se impõem com lógica própria, implicando a criação de instituições e de agentes treinados e especializados no tratamento da velhice (Leonoir in Pimentel, 2001).

Tal como noutros países, em Portugal, os lares de idosos tiveram origem nos asilos (instituições que albergam indivíduos com designação de mendigos). Contudo, com o decorrer do tempo e com a construção de locais especializados para presos, órfãos, débeis mentais, entre outros, estes foram encaminhados para outro tipo de instituições. Deste modo, os idosos permaneceram nestes estabelecimentos dada a inexistência de outras medidas de reinserção social. A partir de determinada altura, tentou humanizar-se os lares de forma a prestar auxílio qualificado a pessoas com mais idade.

De acordo com os estatutos jurídicos, os lares portugueses assumem três tipos: os oficiais (que dependem exclusivamente do estado), as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e os lares privados com fins lucrativos. Porém, faz-se uma distinção entre a origem dos financiamentos dos lares e a natureza das administrações.

Tradicional e culturalmente, a família era, para o idoso, o apoio de primeira linha, mas com o aumento do emprego feminino e com a mudança do conceito da família linhageira (agregado familiar extenso incluindo familiares directos de vários graus) para a família nuclear ou monoparental, essa rede de cuidados e de apoios diluiu-se e tende a desaparecer (Pinto, 2001).

O reflexo da sociedade actual coloca-nos perante um panorama em que os descendentes funcionam mais como mediadores do que como cuidadores regulares. A família e o idoso têm sentido necessidade de recorrer aos apoios formais e comunitários, nomeadamente centros de dia, serviços de apoio domiciliário, lares de idosos. A família é indispensável e complementar no processo de institucionalização. Sendo desta colaboração que depende a integração do idoso na instituição e a diminuição da culpabilidade dos familiares (Rodrigues, 2007).

Para os familiares, a decisão de internamento surge como último recurso, principalmente nos meios mais pequenos como as áreas rurais. Quando os pais se tornam dependentes e necessitam de cuidados, a família mesmo nas piores condições, organiza-se para assumir o que considera obrigação (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). O estudo de David et al citado por Rodrigues (2007), demonstra que quando o idoso precisa de maiores cuidados e a família não tem essa disponibilidade, a perspectiva de ida para um Lar surge, como única alternativa de manter a qualidade de vida do idoso e família.

O processo de institucionalização, marcado pela saída de casa, comporta um conjunto de etapas: decidir a institucionalização, escolher o lar e a adaptação/integração na nova residência (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

As mesmas autoras defendem que a saída de casa pode tornar-se fonte de vulnerabilidade para os idosos. Existem momentos típicos em que esta hipótese emerge: com a morte do cônjuge, o sobrevivente tem de se habituar a viver sozinho, sentindo algum incómodo com essa ideia, com medo que algo aconteça e não tenha ninguém que o socorra, após uma queda ou uma doença os idosos identificam limitações em casa ou na localização e pensam mudar-se.

Relativamente à participação do idoso na decisão dos Idosos na opção por um Lar, Reed et al, citados por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), nos seus trabalhos enunciam quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva.

A preferencial caracteriza-se por ser o idoso a tomar a decisão perante alterações que ocorrem na sua vida que o leva a ponderar a ida para um Lar como melhor alternativa. Esta situação ocorre quando sucede a morte de cônjuge ou quando o idoso se torna muito dependente e sente que ficar ao cuidado de familiares é grande sobrecarga.

A estratégica exprime o planeamento do Idoso ao longo da vida no sentido de adoptar essa solução. Esta postura é mais frequente em pessoas solteiras, viúvas e/ou sem filhos ou, se os têm, estes vivem longe e não tem condições para apoiar.

A relutante é sem dúvida a situação mais dolorosa, pois corresponde às situações em que o idoso discorda da institucionalização. O idoso é levado pela família ou por técnicos a adoptar uma opção que não é sua. Habitualmente a imposição familiar deve-se ao facto de não ter condições para cuidar do idoso ou pela ausência do desejo de assumir essa função. A deliberação por técnicos ocorre porque o idoso vive em circunstância da enorme pobreza, tem alguma incapacidade ou doença grave ou vive completamente só.

Na passiva, o encaminhamento para o Lar decorre de decisões de outros sobre o nível e tipo de cuidados requeridos pelo idoso e que aceitou sem questionar, normalmente ocorre em idosos dementes.

Relativamente às circunstâncias da entrada no Lar, considera-se que o processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico. Os idosos que têm tempo para antecipar e antever a mudança integram-se mais facilmente neste novo modelo de vida (Grogger, citado por Sousa, 2004).

A própria opção por um lar torna-se, na grande maioria das vezes muito complicada. Por um lado, existe a pressão social que condiciona negativamente essa opção e por outro lado, a consciência individual é confrontada com o dever de reciprocidade e solidariedade (Rodrigues, 2007).

Portugal (2008) refere que em vários casos é o idoso que deseja ir para um lar, como forma de garantir a segurança de um futuro previsto como difícil, nomeadamente no caso de dependência em que é reconhecida a insuficiência de apoios sociais. A opção pelo internamento passa por uma tomada de consciência dos limites das respostas informais, como é o caso de familiares, vizinhos, amigos para prevenir situações de maior dependência.

Independentemente das circunstâncias que envolvem a institucionalização, elas representam para o idoso uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu um contributo valioso. Pimentel (2001) menciona ainda que o idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila.

A mudança de local prejudica a funcionalidade nas actividades de vida diária, já que envolve uma readaptação num período em que as capacidades começam a diminuir. Para garantir uma melhor qualidade de vida, “este tipo de instituições deve oferecer respeito por: dignidade, autonomia, privacidade, direito de escolha e independência” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Assim, e para melhor compreensão dos conceitos, vamos definir autonomia, dependência e independência.

Na perspectiva de Durozoi (2000), no Dicionário de Filosofia, autonomia é “condição de um indivíduo ou de um grupo que determina ele próprio a lei a que obedece. Mais precisamente, Kant denomina autonomia da vontade o princípio verdadeiro moral: a vontade rege-se pela própria ideia de lei em geral, independentemente de qualquer determinação afectiva ou social”. A Independência é definida como ausência de dependência ou associação. E o termo dependente, define o indivíduo incapaz de manter-se por si mesmo, de sustentar-se ou de agir adequadamente sem ajuda de outro.

A qualidade de vida dos idosos é influenciada por múltiplos aspectos, nomeadamente os que afectam em graus diferentes a sua autonomia funcional, sobretudo a nível psicológico, e as capacidades do meio para os superar. Na medida que as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumenta e as capacidades do meio ambiente diminuem, torna-se necessário pensar na hipótese da institucionalização (Berger, 1995).

Gallo et al (2001) referem que “a necessidade da institucionalização é frequentemente precipitada pela deterioração na capacidade de auto cuidado ou pela perda de acompanhantes que dão apoio emocional e físico”.

Por outro lado, a institucionalização afasta o idoso das pessoas com quem convive e coloca-o em contacto com desconhecidos que, frequentemente, lhe proporcionam um relacionamento pouco personalizado, segundo Valente (2001).

Sendo assim, os agentes institucionais devem estar sensibilizados para a problemática do idoso e devem ser capazes de compreender as suas especificidades dado que cada um tem uma personalidade e modos de vida diversificados. Devem procurar entender os valores e as necessidades do idoso, necessidades que não se limitam apenas aos cuidados de saúde e de higiene, mas, também, às afectivas.

Assim, para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é fundamental ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente. As relações com a família, vizinhos e amigos são importantes, visto que permitem uma abertura ao exterior e uma maior participação na vida social. De um modo geral, a existência de contactos frequentes com os elementos da sua rede de relações (visitas, telefonemas, correspondência) é um incentivo muito positivo para que os idosos mantenham uma vida social interna e externa mais activa e uma maior autonomia pessoal” (Pimentel, 2001).

Contudo, existem muitos idosos que não estabelecem contactos com o exterior, vendo reduzida a sua participação na vida social. Muitos idosos não se sentem satisfeitos com a sua vida na instituição, adoptando sentimentos de inutilidade e incapacidade. Estes sentimentos são resultado da imagem de dependência que é veiculada por alguns agentes institucionais.

Mausner e Kramer (2004) entendem, como factores de risco, aqueles cuja presença está associada a uma maior probabilidade, de uma determinada doença vir a desenvolver-se. Para a realização deste estudo pretende-se verificar se a dependência do idoso é, no nosso contexto, factor de institucionalização. Parece pertinente perceber quais os factores de risco que lhe estão associados, por isso quando se fala em dependência ela pode aparecer sob várias formas, tornando-se mais ambígua.

Neste sentido, existe uma crescente necessidade de caracterizar a dependência, sendo cada vez mais evidente que é multifactorial, multicausal e multidimensional.

A dependência parece ser em primeiro lugar produto do declínio do indivíduo, tal como o são as perdas de função física e mental.

#### 4.1 – FACTORES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Almeida (2008) refere que a nossa sociedade foi atravessada por três vagas: a primeira pela agricultura, segunda pela industrialização e a terceira pela telemática. Na primeira vaga, a família era um núcleo aglutinador onde tudo se passava. Na segunda, os cuidados aos idosos começou a ser transferido para os “asilos”. Na terceira vaga, o conceito de individualidade e família é novamente assumido como fundamental, emergindo um novo conceito – a qualidade de vida.

O ideal é manter o idoso no seu domicílio, mas na maioria das vezes é impossível por razões médicas ou falta de saúde e razões sociais ou falta de apoio social (Páez et al & Lorenzo 2002). Paúl (1997) acrescenta que a institucionalização, normalmente acontece na consequência da incapacidade funcional, associada à carência ou inexistência de apoios sociais.

Rodrigues citado por Gomes (2008) refere que a ida do idoso para o lar está relacionada com a situação familiar do idoso. A ausência do cônjuge (por viuvez ou por não se ter casado), ausência de filhos, o afastamento residencial relativamente a estes, conflitos e desavenças familiares, um relacionamento de alguma distância e a não obrigação de outros familiares, que não os filhos, de prestarem apoio são factores enunciados para a institucionalização. Também são apontados outros factores como estado de saúde, dificuldades económicas e habitacionais.

Dos estudos já desenvolvidos identificam-se alguns factores que contribuem para a institucionalização do idoso e que se encontram agrupados em quatro categorias: são elas biológicos, psicológicos, sociais/institucionais e familiares.

Os aspectos biológicos referem que a idade é factor preditivo. O género é um indicador referido, porque culturalmente, a mulher é que é responsável pelas tarefas domésticas. Segundo Imaginário (2008), estudos evidenciam que, no grupo familiar, a mulher é a principal cuidadora.

Relativamente aos psicológicos constata-se que viver só cria condições favoráveis ao isolamento. Imaginário (2008) afirma que o abandono e isolamento convivem com a velhice.

Nos Sociais/Institucionais que dizem respeito à rede de apoio formal, Ilhéus citado por Goes et al (2008) afirma que o recurso ao apoio formal é maior à medida que aumenta a incapacidade e perda da sua autonomia.

Os Familiares constituem a rede de apoio informal. A limitação dos contactos com a família devido às alterações resultantes da evolução da sociedade conduz à existência de um maior número de casais a viver sós ou com relações conflituosas com os filhos. Malveiro, citado por Goes et al (2008), refere que as razões de ordem afectiva e material e a ausência de apoio familiar são os principais fundamentos da procura dos lares. Imaginário (2008) acrescenta ainda que, as ausências de uma rede de apoio familiar tenham-se mostrado como factor preditivo na institucionalização do idoso, visto que os cuidados informais são assumidos pela família.

Após uma revisão de vários estudos efectuados sobre esta problemática, Levenson, citado por Almeida (2008), apresenta uma série de factores associados ao risco de institucionalização.

**Quadro 2 - Factores associados ao risco de Institucionalização**

Uso de Auxílios para andar
Deficiências cognitivas
Viver sozinho ou com pessoas sem relação
Perda de apoios sociais
Problemas com as Actividades vida diárias, dependência de cuidados pessoais
Pobreza
Transtornos do sistema respiratório ou nervoso em homens
Doenças músculo esqueléticas em mulheres
Sexo feminino
Limites nas actividades instrumentais da vida diária
Estado de saúde auto-relatado precário
Deficiências na rede de saúde informal

Fonte: Almeida (2008)

Gomes (2008), no seu estudo, enumerou como principais razões de institucionalização problemas de saúde associados à solidão e isolamento, incapacidade física, problemas familiares e acompanhamento do cônjuge em situação de doença.

Rodrigues (2007), no seu trabalho, mostrou que na generalidade os idosos viviam sós antes de ir para o lar. E essa solidão, associada aos riscos derivados da incapacidade e doença na velhice se relaciona a decisão de institucionalização. Como refere Sousa (2004) a habitação própria a determinada altura pode tornar-se fonte de vulnerabilidade. Esta ideia emerge quando existe algum receio em habitar sozinho, após queda ou doença, podendo haver desta forma limitações na casa ou na localização (isolada, longe dos filhos, ou distante de Centro de Saúde).

Paúl (2005) defende que as causas da institucionalização poderão ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade. Decorrentes da feminização do envelhecimento demográfico, um em três idosos que vivem em instituições são mulheres com mais de 75 anos devido a incapacidade severa de ordem física ou psíquica (Gil, 2007).

A mesma autora acrescenta que, segundo o primeiro recenseamento realizado em Portugal pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade em 2001, estima-se que 51054 pessoas residiam em alojamentos colectivos. Sendo que a prevalência da institucionalização aumenta com a idade. A população institucionalizada caracterizava-se por ser feminina (67,5%) e com idade superior a 80 anos (64,3%); a população masculina representava 32,5%, dos quais 50,3% possuía idade superior a 80 anos. Assim, constatava-se que a institucionalização era já por esta altura maior entre as mulheres, acentuando-se no grupo dos 85 e mais anos. Acrescendo-se ainda que a autonomia era comum a 26% da população institucionalizada (Gil, 2007).

A incapacidade e a doença são os dois principais motivos da institucionalização do idoso, assim como razões de ordem familiar, nas quais se destaca a falta de apoio familiar (8%), falta de condições para o exercício deste papel (14%), conflitos familiares e abandono (3%) e a inexistência de uma estrutura familiar de suporte (4%). A incapacidade da pessoa viver só, ou devido à falta de condições dos familiares (tempo, habitação, disponibilidade) para responder às necessidades identificadas como essenciais são justificativas para a institucionalização (Gil, 2007).

Santos (2006), no estudo desenvolvido em Viseu, constatou que relativamente à idade, a maioria dos idosos institucionalizados tinham idades compreendidas entre 80 e 84 anos. Quanto ao estado civil, a maioria eram viúvos. No que diz respeito à escolaridade, verificou baixos níveis de escolaridade. A maioria dos idosos viviam sozinhos antes de irem para o lar. Quanto à decisão de internamento, a maioria dos idosos ingressaram no lar por iniciativa própria.

Cordeiro (2000) afirma que vários estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a conseqüente perda de autonomia não surgem como os principais factores apontados pelo idoso na decisão de internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, isto é, a inexistência de uma rede de interacções que facilite a integração social e familiar dos idosos e que garanta um apoio efectivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos económicos e habitacionais também é frequentemente apontada como motivo.

Conforme demonstram os autores mencionados, as causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

## **5 - VIVÊNCIA EM INSTITUIÇÃO**

Durante anos os idosos viviam sós e em casa própria, cuidados por familiares, porque lhes transmitia um sentimento de identidade e posse, privacidade e um sentido de independência

Para o idoso viver na sua própria casa é uma dimensão de independência, simbolizando o sentido de integridade pessoal. A sua residência habitual é o local de intimidade e de privacidade individual e familiar, lugar de identidade com decoração ao seu gosto, os móveis, o ambiente que reflectem individualidade: um conjunto de lembranças permitindo a continuidade entre passado e presente. A sua casa está também inserida numa comunidade, conjugando-se num ambiente de rotina e conhecimento, cuja ruptura implica alterações nos estilos de vida (Rodrigues, 2007).

Contudo actualmente assiste-se a alterações bruscas, como refere Paúl (2005:247) “ com as alterações da paisagem e comportamentos a ela associados... o idoso perde inevitavelmente parte da sua identidade pessoal histórica (...) Relativamente ao ambiente social (...) verifica-se no mundo ocidental uma alteração clara na estrutura familiar e na relação inter individual que se organiza actualmente com base na partilha de interesses e de poder de compra, em cada momento”.

Na Europa existe uma desconsideração generalizada relativamente aos Lares de idosos. É verdadeiramente raro que o internamento seja encarado como um projecto de vida. Este surge, como último elo de um encadeamento de fracassos sociais (Le Bris citado por Sousa, 2004).

A sugestão de institucionalização causa no idoso medo, desconfiança e angústia, sendo sentido um misto de respeito e mistério, e por sua vez torna-se numa situação de conflito, que acaba normalmente pela aceitação por parte do idoso, tendo em vista os seus aspectos positivos: segurança e apoio.

Pese embora o internamento em Lar seja a última alternativa, para muitos idosos é a solução alternativa para satisfazer as necessidades induzidas por doença crónica e incapacidades temporárias ou permanentes, dado que os apoios sociais são insuficientes. Muitos idosos acorrem ao lar por iniciativa própria, aquando da incapacidade funcional.

Moura, citado por Gomes (2008), aponta vários contributos positivos dos lares para os Idosos como o facto de resolverem uma situação social, desenvolverem nos idosos

normas de grupo, partilha e entreajuda, desencadearem aspectos pedagógicos e lúdicos de passar o tempo e de garantirem as necessidades básicas dos idosos.

A mesma autora refere como aspectos negativos a deslocação do idoso da sua família e do seu meio, às vezes da sua própria terra exigindo sempre uma força conjunta de idoso, família e profissionais para o êxito da adaptação à instituição.

Quando os idosos são institucionalizados sentem perda de controlo, pelos sentimentos de desânimo e depressão, pelo declínio físico acelerado e por parte da instituição. Cordeiro (2000) corrobora com esta ideia, afirmando que a grande maioria dos lares assume o controlo de alguns aspectos da vida dos idosos. O idoso é despojado das suas defesas ao ser submetido a experiências de separação do mundo externo, à rotina diária da vida institucional, à obediência a formas de restrições e convívio com outros indivíduos.

Uma vez institucionalizado, o idoso tem que evitar aspectos negativos da institucionalização, entre as quais se destaca a despersonalização, falta de privacidade, desinserção familiar e comunitária, tratamento massificado, vida monótona e rotineira que cuidam o idoso de modo igual sem ter em conta a individualidade de cada um, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual (Fernandes, 2002).

Na perspectiva de Santos e Encarnação (1998) são três os aspectos mais frequentes em instituições que conduzem à falta de privacidade do idoso: o corpo ser desnudado, tratado com indiferença, através dos cuidados de higiene; a revista aos roupeiros, mesas de cabeceira, malas entre outros; o vestuário passa a ser numerado e entregue no sector da rouparia deixando de ser o idoso a escolher a roupa que vai vestir.

Fernandes (2002) afirma que os efeitos da vida institucional podem ser menos nocivos, apesar do impacto que a institucionalização possa ter sobre a interacção social e parecer exercer uma influência positiva importante sobre a auto-estima da pessoa idosa, existindo quem defenda que esta aumenta as oportunidades de interacções e papéis sociais. Para que isto aconteça é necessário que sejam aceites e respeitadas as necessidades sociais, psicológicas, religiosas, culturais, políticas e sexuais dos idosos e quanto às restrições devem ser consideradas as estritamente necessárias para garantir o bom nível de cuidados de protecção de saúde e segurança do idoso.

A formação dos profissionais e as características da própria instituição são fundamentais para o bem-estar do idoso e é fundamental saber quais são as situações

negativas que se vivenciam nas instituições, tão diferentes da vida no exterior, para se entender a perspectiva do idoso. Inicialmente, deve ser entendida a vivência do próprio antes da institucionalização, assim como o porquê da sua entrada no lar (Rodrigues, 2007).

A vida dos idosos institucionalizados pode revestir-se de conflitos que decorrem muitas vezes, da grande variedade de pessoas que constituem este grupo etário (Almeida 2008). Face à heterogeneidade que constitui o grupo etário das pessoas idosas, colocam-se três grandes desafios: conciliar a colectividade com a individualidade; satisfazer a população apesar de, em princípio, a sua permanência neste local ser imposta e satisfazer, o quanto possível, a insuficiência de recursos.

Em princípio as pessoas idosas que “optam” pela institucionalização, pretendem usufruir ao máximo os seus últimos anos de vida, anseiam viver num ambiente seguro onde possam exercer algum tipo de controlo, com alguma autonomia, sabendo que poderão ter resposta a certas limitações que possuam, implicando assim uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas (Perracini, 2006).

O mesmo autor acrescenta ainda que devem existir um conjunto de alterações a nível ambiental que passam por: oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória, funcionalidade e bem-estar psicológico de idosos fragilizados, espaços planeados para receber idosos portadores de incapacidades físicas, psicocognitivas ou sensoriais, que poderiam influenciar positivamente a sua saúde e qualidade de vida em meio institucional.

O funcionamento do lar deve fomentar a convivência social, através do relacionamento entre idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do lar e da própria comunidade, de acordo com os seus interesses bem como a participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para o bem-estar e equilíbrio psico-afectivo do residente.

## 5.1 – ADAPTAÇÃO À VIDA INSTITUCIONAL

A entrada do idoso para a instituição é representada como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer perspectiva de retorno. O internamento implica uma

ruptura com o meio com o qual se identifica e independentemente das circunstâncias que envolvem o internamento esta representa sempre uma mudança significativa no seu padrão de vida.

O idoso encara uma realidade completamente nova. Se para o idoso que está na comunidade é difícil reorganizar o seu projecto de vida face ao conjunto de novos factores que possam interferir nas suas vivências (biológicos, económicos, sociais e psicológicos), para o idoso institucionalizado o processo torna-se mais complicado (Gomes, 2008). Para os idosos a residência é o local de intimidade individual e familiar, lugar de identidade, de preservação da sua individualidade. É onde se sente em segurança.

Gomes (2008), no seu estudo, enumerou como constrangimentos sentidos pelos idosos por um lado o espaço físico com afastamento da sua casa e por outro lado a vertente relacional com afastamento de familiares e vizinhos. Os idosos no estudo de Rodrigues (2007) referem algumas dificuldades sentidas quando à entrada no Lar, dificuldades apresentadas relativas à higiene (nomeadamente as instalações sanitárias) e o ambiente relacional com outras pessoas residentes e funcionárias. Também constatou o desinteresse pelo contacto com outros utentes do Lar. Há uma grande diversidade de pessoas residentes no Lar o que pode gerar alguns conflitos de personalidade. As relações fora da instituição foram-se degradando progressivamente e as amizades institucionais são dificilmente criadas.

A adaptação do idoso à vida institucional é vivenciada de várias formas. A autora supracitada apresenta como factores facilitadores da adaptação do idoso, os contactos anteriores com a instituição, ou frequência noutras valências da instituição, a importância da companhia e o funcionamento e organização da instituição. Contudo, podem existir idosos com dificuldade de se adaptarem à instituição por dificuldades de adaptação às regras e funcionamento, dificuldades a nível do relacionamento de pares.

As relações familiares estabelecidas com o idoso institucionalizado permitem manter múltiplas relações afectivas, de amizade, apoio e protecção entre os elementos que constituem o núcleo familiar, assim como perpetuar o contacto com toda uma vivência passada.

As visitas são um sinal importante da manutenção de ligações externas com as pessoas relevantes da sua vida não institucional. As visitas dos familiares ao lar revestem-se de particular importância, não só pela manifestação de afecto, mas também pelas ofertas que fazem parte e as conversas que possibilitam. A saída do lar na companhia de um filho

é algo que representa vantagens suplementares relativamente àqueles que recebem apenas visitas no lar (Gomes, 2008).

Assim, pode-se afirmar-se que a participação da família no processo de institucionalização processa-se a vários níveis, desde visitas, saídas conjuntas do lar, acompanhamento e conhecimento das instalações, esclarecimento de dúvidas sobre funcionamento da instituição.

Paúl (2005) afirma que a existência de relações sociais significativas é protectora da saúde mental dos indivíduos, actuando como almofada e/ou facilitadora da cura em situações de descompensação. Pretende-se que a família se envolva realizando visitas frequentes, acompanhando o familiar ao médico, colaborando em tomada de decisões, levando o idoso de fim-de-semana, férias, épocas festivas (Sousa, 2004).

Rodrigues (2007), no seu estudo, constatou que quase a totalidade dos idosos recebiam visitas dos familiares mais próximos e amigos. Alguns demonstravam que as visitas não eram com a regularidade que desejavam, contudo desculpabilizam os familiares dessa situação referindo que têm a própria vida deles.

Gomes (2008) também evidencia, no seu estudo, que os familiares não assumem a prestação de cuidados aos seus idosos por falta de tempo em virtude de compromissos profissionais, precarização de condições de vida como sendo condições de habitabilidade e os motivos relacionados com a vida quotidiana, com os novos estilos de vida.

**PARTE II**  
**METODOLOGIA**

## **1 - TIPO DE ESTUDO**

A partir do tema do presente estudo, “*A Institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia*” a abordagem metodológica privilegiada incidu no estudo qualitativo considerando-o como o mais adequado face à problemática enunciada: “Como se processa e como é vivida a institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia?”.

Como questões de investigação foram então delineadas as seguintes:

- Quais os factores que motivaram a institucionalização os idosos?
- Qual a influência da família na decisão conducente à institucionalização?
- Como experienciam os idosos o facto de viverem num lar? Quais os benefícios/constrangimentos?

Neste âmbito, foram formulados os seguintes objectivos:

- Compreender os factores inerentes à procura do apoio institucional;
- Compreender a influência da família na institucionalização;
- Compreender e analisar as vivências que decorrem da institucionalização em lar.

Definidos os objectivos de investigação empreenderam-se várias leituras sobre metodologias qualitativas, tendo-se optado pela realização de um estudo exploratório descritivo simples, recorrendo-se a uma análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, de acordo com as indicações de Bardin (2007) e de Amado (2000).

A opção de uma metodologia de carácter qualitativo surge porque esta nos permite interpretar melhor o fenómeno em estudo, de forma global, permitindo compreender não apenas a situação dos idosos institucionalizados, as suas opções e sentimentos bem como as suas vivências e percursos de vida em instituição.

Este desenho de estudo flexível e determinado pelo objecto de estudo, permite um vínculo dinâmico e indissociável entre a realidade objectiva e a subjectividade de cada sujeito. O objectivo passa pela exploração em profundidade, da riqueza e da complexidade que caracterizam o fenómeno em estudo. Há um interesse pela perspectiva dos idosos e das suas interacções, na procura da identificação, da descrição profunda e da construção de

explicações e significados das acções humanas neste contexto específico. A percepção subjectiva decorre daquilo que motivou a institucionalização e vivências inerentes a partir da auscultação dos idosos.

## 2 – POPULAÇÃO ALVO

Em investigação qualitativa existe uma recolha de dados empíricos, que geralmente descrevem o dia-a-dia e os momentos significativos da vida dos idosos. É um tipo de investigação sistemático, preocupado em analisar os seres humanos e a natureza, enquanto em interacção e inseridos em determinado meio ambiente envolvente. Os conhecimentos decorrentes deste tipo de estudo, pelo exposto, não são possíveis de serem generalizados para a população, sendo apenas aplicáveis à população estudada. No entanto, é perfeitamente válida a sua contribuição para a percepção de fenómenos semelhantes ocorridos em contextos idênticos e para a realização de estudos posteriores.

### 2.1- MODO DE SELECÇÃO

Adoptou-se um método de amostragem não probabilístico uma vez que foram seleccionados os idosos que se mostraram disponíveis para cooperar com a investigação e com capacidade para participar nela (Burgerss, 2001), presentes nas instituições nos dias em que as mesmas eram visitadas, escolhendo-se dois homens e duas mulheres em cada uma delas. A preocupação não foi a representatividade da amostra, mas sim a qualidade de informação que os participantes poderiam proporcionar. Assim, como critérios de selecção dos participantes para a amostra assumiram-se os seguintes:

- Internamento há mais de um ano na Instituição;
- Terem 65 ou mais anos de idade;
- Possuírem vínculos familiares (família directa e indirecta no período anterior e posterior à institucionalização)
- Não terem alterações cognitivas que afectassem a realização da entrevista;
- Aceitarem participar no estudo após o consentimento informado.

Realizou-se assim uma selecção intencional – *amostra intencional*, segundo Lincoln e Guba, ou *amostra teórica*, segundo Glaser e Stauss, referidos por Streubert e Carpenter (2002). É importante ter em conta que na investigação qualitativa as pessoas são

geralmente seleccionadas para participar na investigação de acordo com a sua experiência, cultura, interacção social ou fenómeno de interesse (Streubert e Carpenter, 2002).

## 2.2 - CAMPO GEOGRÁFICO DA PESQUISA

Anadia é uma [cidade portuguesa](#) pertencente ao [Distrito de Aveiro](#), [região Centro](#) e sub-região do [Baixo Vouga](#), com cerca de 3 034 habitantes. A cidade de Anadia está inserida na freguesia de Arcos. Lugares desta freguesia: Anadia, Arcos, Famalicão e Malaposta.

É sede de um município com 216,6 km<sup>2</sup> de área e 31 660 habitantes (2006), subdividido em 15 [freguesias](#). O município é limitado a norte pelo município de [Águeda](#), a leste por [Mortágua](#), a sul pela [Mealhada](#), a sul e oeste por [Cantanhede](#).

Figura 1 - Localização do município de Anadia no distrito de Aveiro



Fonte - <http://viajar.clix.pt/chegar.php?c=72&lg=pt>

Uma das formas de análise da estrutura etária da população residente é realizada através das respectivas pirâmides etárias. Esta forma de representação gráfica pretende dar a conhecer a estrutura etária da população, tendo também em conta a divisão por sexos.

À semelhança do que ocorre ao nível do Continente, também no concelho de Anadia se assiste a um envelhecimento da população. Prova disso é o estreitamento da

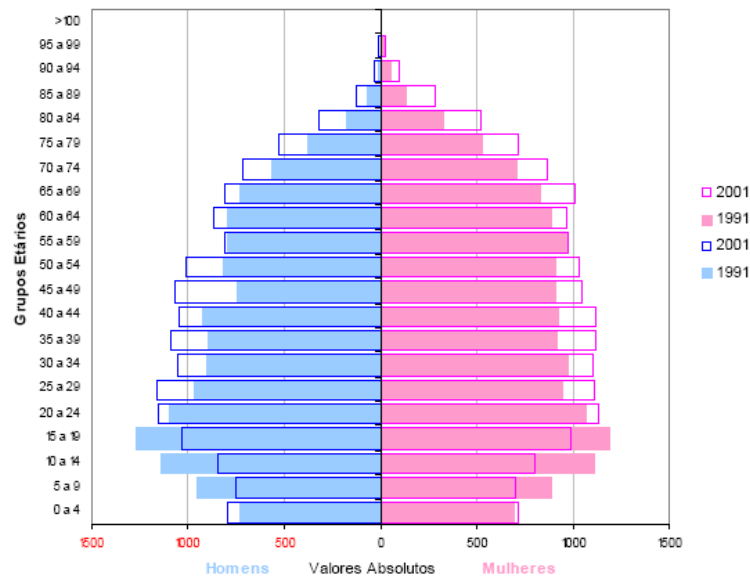
base da pirâmide, sinónimo de decréscimo da taxa de natalidade e um aumento do topo, o que se traduz numa diminuição da população jovem e um aumento da população com idades mais avançadas, que se deve à diminuição da taxa de mortalidade e ao aumento da esperança de vida.

Este tipo de pirâmide denomina-se de pirâmide em forma de urna e mostra um acréscimo de população de idades mais avançadas mas sobretudo um predomínio das classes etárias em idade activa.

Nas classes a partir dos 64 anos (exclusive), como podemos constatar no gráfico abaixo, há uma predominância da população do sexo feminino quer em 1991 quer em 2001. Tal não é um facto novo, já que a esperança de vida é superior nas mulheres. O sexo masculino tem um maior número de efectivos nas classes etárias inferiores entre os 0 e os 39 anos (inclusive).

A grande mudança entre 1991 e 2001 consiste no aumento da população em idade activa e diminuição da população das classes etárias mais jovens. Este resultado era já previsível uma vez que em 1991 a base da pirâmide se encontrava bastante estrangulada.

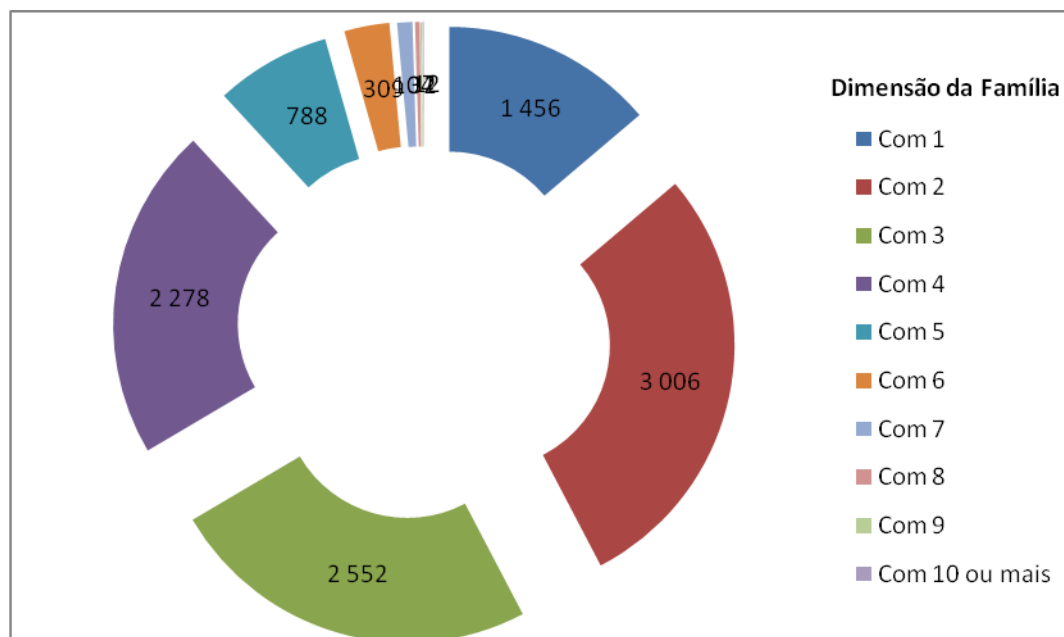
**Gráfico 1 – Pirâmide etária do concelho de Anadia (1991 – 2001)**



Fonte: INE – Censos 2001

Pela análise do gráfico1 podemos constatar que na sua maioria as famílias do concelho de Anadia têm uma dimensão média de 2 elementos (3006), seguida de 3 elementos (2552) e em terceiro, as famílias com 4 elementos (2278).

Gráfico 2 - Dimensão das famílias no concelho de Anadia



Fonte - INE: Censos 2001

Pela análise do gráfico 2 podemos constatar que em 2001, registava-se 4475 famílias constituídas por casal “de direito” com filhos, seguidas por 2577 famílias constituídas por casal “de direito” sem filhos. O número de famílias seguinte mais elevada refere-se a “mãe com filhos” com 682.

O tipo de família de casal “de facto” com filhos é de 236 e os de casal “de facto” sem filhos é de 133.

Quadro 3 – Famílias clássicas, segundo o tipo de família

Sem Núcleos	Famílias com 1 núcleo, residentes no concelho por tipo de família										Com 2 Núcleos	Com 3 ou mais Núcleos
	Casal "de direito" sem Filhos	Casal "de direito" com Filhos	Casal "de facto" sem Filhos	Casal "de facto" com Filhos	Pai com Filhos	Mãe com Filhos	Avós com Netos	Avô com Netos	Avó com Netos			
1611	2577	4475	133	236	100	682	42	2	33	632	21	

Fonte: INE – Censos 2001

Pela análise do quadro 4 no que diz respeito ao Índice de Envelhecimento<sup>2</sup> podemos constatar que o concelho de Anadia tem um índice superior (134.4) ao do Continente. O mesmo ocorre com o Índice de Dependência Total<sup>3</sup> (Anadia – 51.4 e o Continente – 47.9). Para esta situação contribuem o Índice de Dependência dos Idosos<sup>4</sup> que é superior em Anadia (29) comparativamente ao Continente (24.3) e o Índice de Dependência dos Jovens<sup>5</sup> que em contrapartida, é inferior em Anadia (20.9) relativamente ao do Continente (23.3).

**Quadro 4 – Comparação Índice de dependência; Dependência total; Dependência de jovens e Dependência de idosos no Continente e concelho de Anadia**

<b>Índice</b>	<b>Índice de Envelhecimento</b>	<b>Dependência Total</b>	<b>Dependência de Jovens</b>	<b>Dependência de Idosos</b>
<b>Local</b>	<b>(Nº)</b>	<b>(Nº)</b>	<b>(Nº)</b>	<b>(Nº)</b>
<b>Continente</b>	106.5	47.9	23.3	24.3
<b>Anadia</b>	134.4	51.4	20.9	29

Fonte: INE – Censos 2001

<sup>2</sup> Índice de Envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos).

<sup>3</sup> Índice de Dependência Total - Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

<sup>4</sup> Índice de Dependência dos Idosos - Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

<sup>5</sup> Relação entre a população jovem e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

### **3 – MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS**

O método seleccionado para realizar a colheita da informação foi a entrevista semi-estruturada, com recurso a um guia orientador de entrevista (Anexo I), para que a entrevista fosse mais facilmente conduzida. Utilizámos ainda um gravador digital para registar as entrevistas, com a devida autorização dos participantes.

As entrevistas foram conduzidas numa sala de reuniões adequada para o efeito (tranquila e agradável) disponibilizada previamente em cada instituição.

A apresentação prévia do guião à direcção técnica permitiu afinar o instrumento ao estudo, tendo em conta as características da população alvo.

Para a avaliação das actividades de vida diárias recorremos ao Índice de Katz que avalia o desempenho dos idosos nas referidas actividades, constituído por seis itens: banho, vestir-se, utilização do WC, mobilidade, continência e alimentação.

As alternativas de resposta a cada um dos itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta 0 e 1 pontos respectivamente.

O resultado final pode ir de 0 a 6 pontos, podendo as pessoas idosas serem englobadas em três grupos: 0 a 2 – Dependência total; 3 a 4 – Dependência parcial; 5 a 6 – Independência.

Realizaram-se então 28 entrevistas, quatro em cada instituição, as quais permitiram uma descrição satisfatória do fenómeno.

#### **3.1 - CONFIDENCIALIDADE E RESPONSABILIDADE ÉTICA**

O pedido de autorização para a realização do estudo foi dirigido à Direcção Técnica das Instituições seleccionadas, em reunião agendada com a investigadora. Todos os pedidos foram aceites.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 5 e 20 de Dezembro de 2009.

Foi realizado um Consentimento Informado (Anexo II) oral a todos os participantes, solicitando-lhes também a assinatura do mesmo, quando possível. De acordo com Streubert e Carpenter (2002), citando Polit e Hungler, o consentimento informado é

entendido de forma a que os participantes possuam informação adequada sobre a investigação e que sejam capazes de compreender essa mesma informação, que tenham a capacidade de escolher livremente e sejam capazes de consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação. Este foi um cuidado a que dedicámos importância extrema, tendo sido bem discutidos e clarificados todos os aspectos da investigação quer aos idosos, quer aos responsáveis pelas instituições. Foi assim garantida a protecção e explicado a cada um dos indivíduos, individualmente, que não existia qualquer obrigatoriedade de participação, que todos os dados pessoais seriam resguardados e que a informação seria tratada de forma confidencial.

O consentimento para a realização da gravação de cada um dos momentos das entrevistas também foi assegurado e, ainda, que a gravação seria destruída após o estudo ser dado por concluído.

Para garantir toda a confidencialidade possível, na transcrição das entrevistas gravadas, os nomes dos participantes foram substituídos pelas letras iniciais dos seus nomes, bem como dos nomes de outras pessoas referidas pelos participantes. De igual forma, neste relatório de investigação, as unidades naturais de significado são atribuídas de forma codificada aos participantes que as produziram, de acordo com a ordem de realização da entrevista, atribuindo-se nome fictício de acordo com a sequência do abecedário (ao primeiro homem e à primeira mulher entrevistados foram atribuídos nomes fictícios começados por A, aos segundos nomes começados por B e assim sucessivamente).

#### 4 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas foi transcrito o *verbatim* para o processador de texto Word. Nenhuma expressão dos participantes foi alterada. Depois desta transcrição o *verbatim* foi transferido para o programa informático ATLAS/ti 5.0., e procedeu-se à análise de conteúdo já referida (Amado, 2000; Bardin, 2007).

Assim, procedeu-se a *leituras atentas e activas*, ou seja, a “várias leituras sucessivas, verticais, documento a documento, cada vez mais minuciosas, a fim de possibilitar uma inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia, conceitos mais utilizados, etc.” (Amado, 2000:55).

Inerente a este processo, surge depois a codificação, que “corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2007:97).

Nesta fase de codificação determinaram-se em primeiro lugar as *Unidades de Significado* (US), que tendo em conta os objectivos do trabalho e a natureza do material a analisar se subordinou à procura de palavras, proposições ou temas significativos. Determinou-se de seguida que a Unidade de Enumeração (UE) seria determinada pela sua presença no texto – uma vez que não existiam US estabelecidas a *priori* – sendo que apenas se considerou uma vez o aparecimento de cada unidade em cada texto/entrevista. Ou seja, mesmo que um participante referisse duas ou mais vezes uma mesma unidade de significado, apenas uma enumeração seria considerada.

Seguiu-se a fase da categorização, definida por Bardin (2007:111) como:

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns desses elementos.

De acordo com a análise realizada, criou-se uma estrutura constituída por Categorias, Subcategorias, Indicadores, Unidades de Significado e de Enumeração. Durante esta fase de categorização foram tidas em conta as seis regras fundamentais a este processo, descritas por Amado (2000:58):

- *Exaustividade* – cada categoria deve abranger por completo o conjunto das unidades de sentido que se coloca sob o seu tecto;
- *Exclusividade* – uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria;
- *Homogeneidade* – apenas um critério de análise deve ser utilizado;
- *Pertinência* – um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise e aos objectivos da investigação;
- *Objectividade* – deve evitar-se a subjectividade na sua formulação tornando-a utilizável, de igual modo, por vários investigadores;
- *Produtividade* – deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo, mas adequado e coerente com os dados

Para Berelson (1952) a análise de conteúdo define-se como uma técnica de investigação que permite a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação, sendo que Cartwright (1953) propõe a extensão do conceito a “todo o comportamento simbólico” Vala (1986). Por outras palavras, “uma técnica que procura «arrumar» num conjunto de categorias de significação o «conteúdo manifesto» dos mais diversos tipos de comunicação (texto, imagem, filme); o primeiro objectivo é, pois, proceder à sua descrição objectiva, sistemática e, até, quantitativa.” (Berelson, 1954 apud Amado, 2000, p. 53). De acordo com Amado (2000, p. 54), um dos aspectos mais importantes da análise de conteúdo é o facto de ela permitir, “além duma rigorosa e objectiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas derivadas dos quadros de referência teóricos do investigador, por zonas menos evidentes que constituem o referido «contexto de produção»”.

Esta técnica é passível de aplicação em três tipos de estudos: estudo estrutural, estudo diferencial e estudo funcional (Amado, 2000). Assim, no primeiro tipo de estudo, o objectivo é o da análise de ocorrências, podendo as questões centrais ser formuladas do seguinte modo: “com que frequência ocorrem determinados objectos? o que acontece e o que é importante?”. Neste caso, não interessa relação das observações com as variáveis

independentes, o que acontece no estudo diferencial. A diferença do estudo funcional para o diferencial é que no segundo as variáveis independentes são naturais, como a idade, sexo, profissão, estado civil, etc, e no estudo funcional estas variáveis são provocadas pelo investigador, em que por exemplo, este pode comparar as narrativas de idosos e de familiares. Para este estudo seguimos apenas um estudo estrutural.

**PARTE III**  
**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Foram entrevistados 28 idosos que se dividiam pelas sete Instituições do Concelho de Anadia:

- Associação Social de Avelãs de Caminho
- Centro Social e Cultural N.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> do Ó de Aguium
- Centro Social e Paroquial da Moita
- Centro Social e Recreativo da Poutena
- Centro Social, Cultural e Recreativo de Avelãs de Cima
- Santa Casa da Misericórdia de Anadia
- Santa Casa da Misericórdia de Sangalhos

Os idosos foram abordados pessoalmente em cada uma das instituições, após serem indicados pela directora técnica de cada instituição.

No quadro seguinte (Quadro 5) apresenta-se um resumo de informações relativas aos idosos entrevistados.

**Quadro 5 – Caracterização dos Idosos**

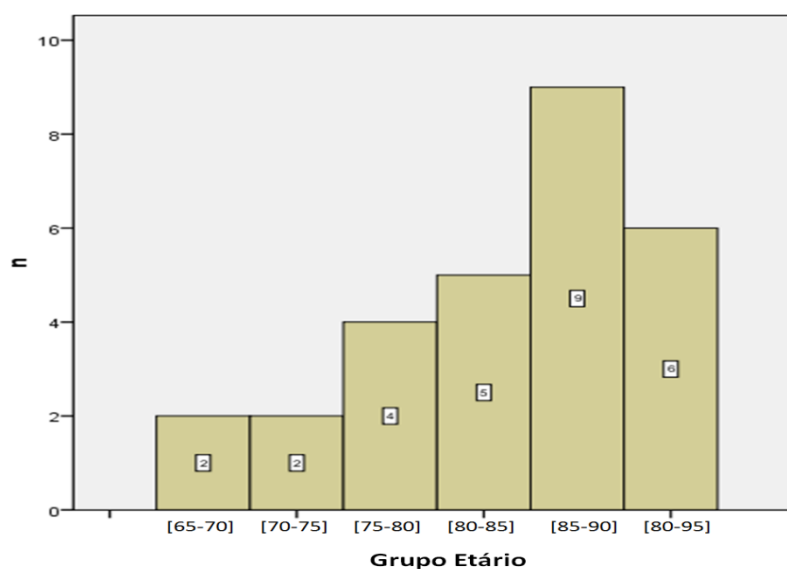
Ent. r.	Nome fictício	Idade	Estado civil	Profissão	Recursos financeiros	Tipo de Patologia	Vivia com...	Ind. Katz
E1	António	86	Viúvo	Motorista	Ref.	Resp.	Esposa/ Lar	DP
E2	Albertina	78	Casada	Emp. Limp.	Ref.	Ost.-Artic.	Marido	I
E3	Berta	82	Viúva	Emp. Fabril	Ref.	Ost.-Artic. Neurol.	Marido	DP
E4	Bernardo	90	Viúvo	Emp. Fabril	Ref.	Resp. Ost.- Artic.	Filha e Esposa	I
E5	Carmina	93	Viúva	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Card.	Só	DP
E6	Dora	89	Viúva	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Card.	Filhos	DP

<b>E7</b>	Carlos	90	Viúvo	Agríc.	Ref.	Ost.-Artic.	Filha	DT
<b>E8</b>	Daniel	95	Casado	Agríc.	Ref.	Neurol./Oftal.	Esposa/Lar	DT
<b>E9</b>	Eva	92	Viúva	Emp. Fabril	Ref./ P. Viuv.	GI	Só	DP
<b>E10</b>	Ezequiel	74	Casado	Serv. Pedreiro	Inv.	Ost.-Artic.	Esposa/Lar	I
<b>E11</b>	Felicidade	93	Viúva	Domést./Agríc.	Ref./ P. Viuv.	Card.	Marido/Lar	DP
<b>E12</b>	Guilhermina	± 90	Solteira	Estaleiros	Ref.	Neurol.	Só	DT
<b>E13</b>	Felício	88	Solteiro	Agríc.	Ref.	Ost.-Artic.	Irmãos	DT
<b>E14</b>	Helena	83	Viúva	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Ost.-Artic. Card.	Marido/Lar	I
<b>E15</b>	Guilherme	86	Casado	Agríc./ Motorista	Ref.	Resp./ GI/ Próst.	Esposa	I
<b>E16</b>	Inácia	92	Viúva	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Ost.-Artic.	Marido	I
<b>E17</b>	Joanina	68	Viúva	Agríc.	Ref./ P. Viuv.	Metab.	Filhos	I
<b>E18</b>	Luísa	87	Viúva	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Resp./ Hemat.	Filho	DT
<b>E19</b>	Hélder	85	Viúvo	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Oftal.	Só	I
<b>E20</b>	Mário	77	Viúvo	Domést.	Ref./ P. Viuv.	Resp./ Card.	Filho	I
<b>E21</b>	Natércia	92	Viúva	Domést.	P. Viuv.	-	Só	I
<b>E22</b>	Ivo	85	Viúvo	Mecânico	Ref./ P. Viuv.	Metab.	Esposa	I
<b>E23</b>	João	84	Viúvo	Agríc.	Ref./ P. Viuv.	Resp. Neurol.	Filhos	I

<b>E24</b>	Otília	88	Viúva	Emp. Limp.	Ref./ P. Viuv.	Ost.-Artic. Metab.	Irmã	DP
<b>E25</b>	Piedade	79	Viúva	Agric.	Ref./ P. Viuv.	GI	Filho	I
<b>E26</b>	Rosa	75	Viúva	Rendeira	Ref./ P. Viuv.	Metab.	Filhos	I
<b>E27</b>	Luís	69	Viúvo	Agric.	Ref.	GI	Só	I
<b>E28</b>	Manuel	79	Viúvo	Agric.	Ref./ P. Viuv.	Ost./GI/ Oftal./ Neur.	Esposa	DT

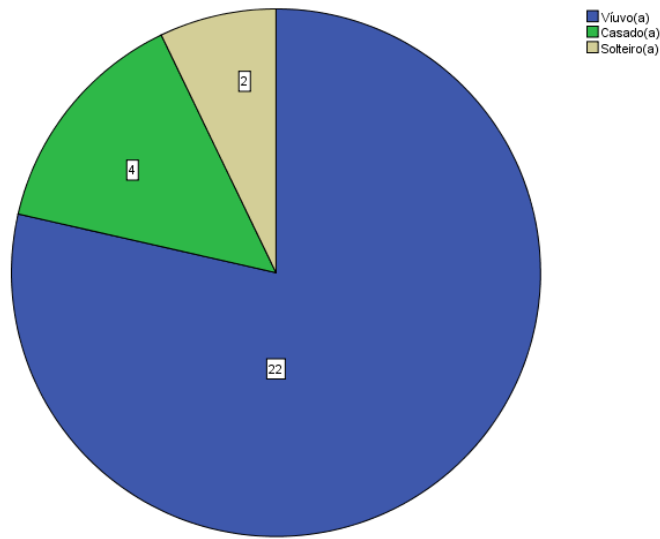
Como se pode observar a partir deste quadro e do gráfico 3, as idades dos idosos variam entre os 68 e os 95 anos de idade, com uma média de 84,6 anos de idade para o total da amostra. Salientando-se que na nossa amostra 15 idosos têm idade compreendida entre os 85 e 95.

**Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com o grupo etário**



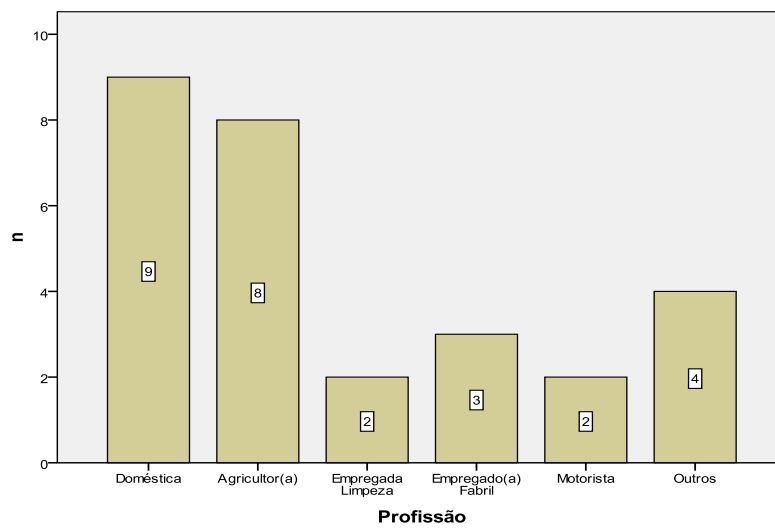
Relativamente ao estado civil (Gráfico 4) a grande maioria dos idosos são viúvos (78,57%), sendo que dos 28 apenas 4 ainda possuem o cônjuge vivo e a viver com eles no lar (14,29%) e 2 são solteiros (7,14%).

Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil

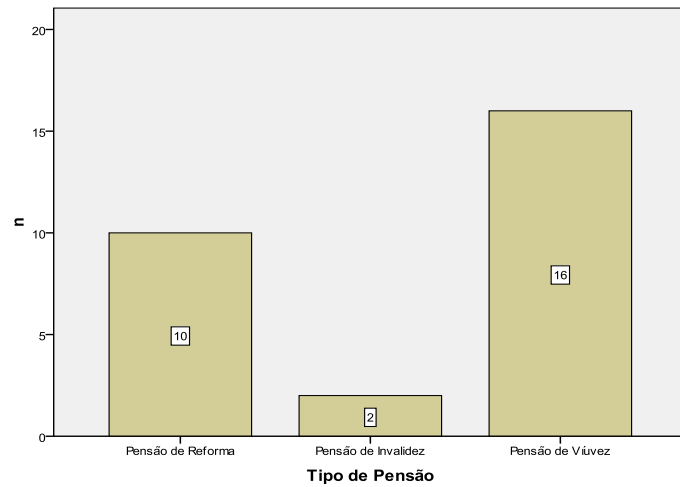


No que respeita às profissões (Gráfico 5) verifica-se que todos se enquadram com baixa formação escolar, dominando a profissão de doméstica e agricultor(a), com alguns empregados fabris, empregadas de limpeza, entre outros menos relevantes, como motoristas, pedreiro, mecânico e rendeira. Neste seguimento verifica-se que os rendimentos (Gráfico 6) de todos os idosos da amostra se resumem à pensão de reforma, “muito pequena” (sic) e/ou pensão de viuvez.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a profissão



**Gráfico 6 – Distribuição da amostra de acordo com os rendimentos mensais**



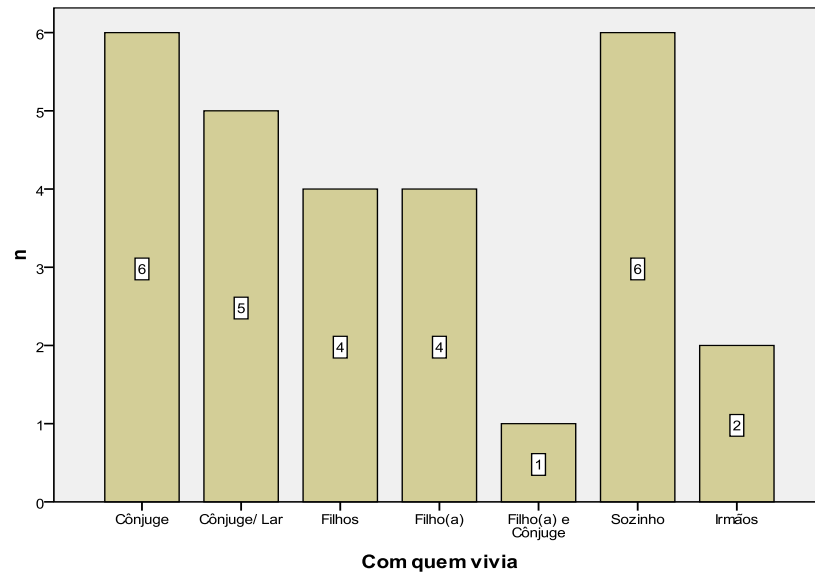
Em termos de patologias (Tabela 1), as mais frequentes são as osteoarticulares, neurológicas, cardíacas, respiratórias, gastrointestinais, oftalmológicas e metabólicas. Apenas uma idosa revela não ter doenças crónicas.

**Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de patologias**

Patologia	N	%
Respiratória	5	17,9
Osteoarticular	10	35,7
Neurológica	5	17,9
Cardiocirculatória	5	17,9
Oftalmológica	3	10,7
Gastrointestinal	5	17,9
Metabólica	4	14,3
Outras	2	7,1

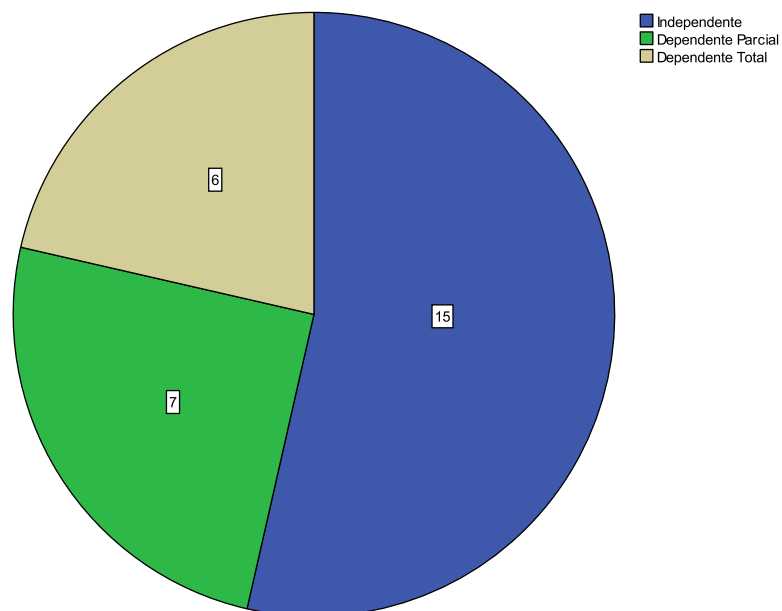
Relativamente ao agregado familiar antes da ida para o lar (Gráfico 7), verifica-se que a maioria dos idosos vivia com o cônjuge, sendo que vários foram para o lar ainda acompanhados pelo mesmo. Quando ficaram viúvos, os restantes viveram sós ou foram viver para casa de um filho ou ainda para casa de vários filhos, quinzenalmente ou mensalmente. São poucos os que viveram nos últimos tempos antes da ida para o lar com outros familiares, como irmãos (apenas 2).

Gráfico 7 – Distribuição da amostra de acordo com a composição do agregado familiar



Por fim, de acordo com o índice de Katz (Gráfico 8), no momento da entrevista pode considerar-se que 15 idosos são independentes (53,57%), 7 dependentes parciais (25,00%) e 6 dependentes totais (21,43%).

Gráfico 8 – Distribuição da amostra de acordo com o Índice de Katz



## **2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo apresentamos os resultados deste estudo, que se enquadram em três categorias: **a) Factores conducentes à institucionalização; b) Processo de decisão; c) Vivências da Institucionalização.** Por sua vez, estas três categorias são estruturadas em subcategorias, estas por indicadores, nos quais são apresentadas as Unidades de Significado (US) e Unidades de Enumeração (UE)<sup>6</sup>.

Paralelamente à apresentação e análise realizamos a sua discussão, resultante, principalmente, da relação estabelecida com os idosos participantes, mas também decorrente das experiências de cuidar de pessoas nestes contextos. Apresenta-se ainda os paralelismos e demais relações existentes entre os dados deste estudo e a documentação científica existente relativa ao assunto.

Procura-se abordar cada uma das temáticas centrais, discutindo os seus subtemas, as interligações entre as estruturas, procurando deste modo definir algumas conexões existentes entre os vários contextos, que possam de alguma forma clarificar a estrutura do fenómeno. No fundo, apresenta-se a compreensão/interpretação do que ocorreu com os participantes, a realidade tal como ela foi vivida por elas. Com esta discussão não se pretende de forma alguma uma generalização dos dados, sendo que apenas a transferibilidade é possível, apresentam-se portanto situações vividas num contexto específico.

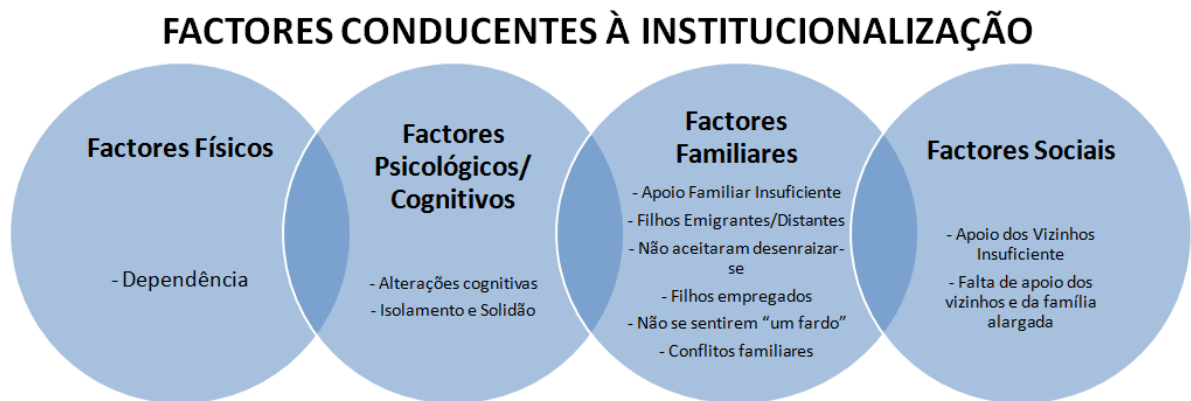
### **2.1- FACTORES CONDUCENTES À INSTITUCIONALIZAÇÃO**

Esta categoria engloba indicadores relativos aos factores ou causas que na opinião dos participantes levaram a que estes fossem viver para um lar. Estes indicadores enquadram-se em quatro subcategorias: Factores físicos; Factores psicológicos; Factores familiares; e Factores sociais. A representação esquemática desta categoria é apresentada na figura 2.

---

<sup>6</sup> No anexo III apresentam-se todos estes elementos, sendo que nesta parte do trabalho apenas se apresentam as unidades de significado mais representativas.

Figura 2 – Factores conducentes à institucionalização



### 2.1.1 - Factores Físicos

Para a grande maioria dos idosos entrevistados o “Corpo Incapaz e Doente” é a grande causa e a base da institucionalização. Por outras palavras, a **Dependência** {22} provocada pelo envelhecimento normal ou por um processo de agudização de doença conduz à necessidade de procurar ajuda, que culminou nestes casos na ida para um lar. As quedas foram muitas vezes referidas como a principal causa desta dependência, bem como as patologias músculo-esqueléticas, sobretudo nas mulheres, que se viam com muita dificuldade para cumprir as tarefas domésticas:

*cada vez podia menos trabalhar, até que de momento eu fiquei caída, que nem lavar dois pratos eu podia, era eu e o meu marido, encostado ao lava-loiça, eu passei tantas dores... (Albertina, 78 anos, casada)*

*eu com a luz acesa... lavava uma loucota, mas o resto não podia varrer o chão porque não vejo para varrer... (Joanina, 68 anos, viúva)*

*e depois... caia! (...) começaram a dar-me os ataques e eu tive que arranjar um lar... (Dora, 89 anos, viúva)*

Para lá das dificuldades no auto cuidado, a vida em casal acarreta muitas vezes cuidar do cônjuge com dependência total, que a determinada fase se revela impossível de assumir:

*porque o meu marido já precisava de apoio e eu já não me podia baixar, nem varrer, fui operada a uma costela há 2 anos, fiz fisioterapia 15 dias já por causa dos ossos da coluna. (Inácia, 92 anos, viúva)*

*se não tivesse vindo para aqui... Mais valia estar no cemitério (...) porque para estar sozinha em casa da maneira que ela está [dependente]... (Ezequiel, 74 anos, casado)*

*tive de vir para o lar porque a minha mulher... (...) a minha esposa nem na cama se vira... (Guilherme, 86 anos, casado)*

Os idosos constituem uma faixa etária com limitação das suas capacidades e doenças crónicas. Paralelamente ao envelhecimento, as doenças crónicas tendem a manifestar-se de forma mais expressiva, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida, significando, muitas vezes, perda de autonomia para o idoso. São elas, na maioria das vezes, geradoras de incapacidade, afectando a funcionalidade dos idosos e conseqüentemente o seu desempenho nas actividades quotidianas (actividades básicas e actividades instrumentais de vida diária). Esta dependência é um factor da institucionalização como podemos constatar no nosso estudo.

Assim, e como refere, Machado (2003) os lares surgem como alternativa a idosos em situação de maior risco de perda de independência e autonomia ou que já não a possuem.

Os dados obtidos seguem a linha de pensamento de Gallo et al (2001) que refere que a necessidade da institucionalização acontece frequentemente pela deterioração na capacidade de auto cuidado ou pela perda de alguém que lhes ofereça emocional e físico. Almeida (2008) e Gil (2007) nos seus estudos também apontam a incapacidade e doença como principais motivos da institucionalização. Pois o estatuto funcional deficitário em termos de actividades de vida diária e instrumental aumenta a probabilidade de necessitar de serviços prestados ao idoso (Portugal, 2008).

A este nível já o estudo de Sousa (2004) refere que a habitação própria a determinada altura constitui uma fonte de vulnerabilidade. Esta ideia emerge quando existe algum receio em habitar sozinho, após queda ou doença, podendo haver desta forma limitações na casa ou na localização (isolada, longe dos filhos, ou distante de Centro de

Saúde) levando o idoso a ir para o Lar. Sendo o nosso estudo desenvolvido num meio rural o afastamento geográfico é também evidente.

Alguns idosos referiram que a ida para o Lar foi precipitada pela dependência do cônjuge e a sua incapacidade de responder às suas necessidades. Estes dados corroboram as conclusões de Imaginário (2007) que constatou ser necessário ter em conta que a maior percentagem de cuidadores são adultos idosos, portanto é provável que estejam a iniciar algumas alterações do envelhecimento como a diminuição da força muscular e alterações de algumas estruturas que permitem a mobilidade. Esta carga está relacionada com o grau de dependência do idoso e com os apoios disponibilizados pelos serviços sociais e de saúde.

#### 2.1.2- Factores Psicológicos/ Cognitivos

A dependência não decorre unicamente de aspectos físicos, sendo que as **Alterações cognitivas {2}** também se mostraram um aspecto considerado, especialmente a incapacidade de controlar a medicação, o que também está em relação com o agravamento do estado de saúde:

*tinha de tomar comprimidos, e já não era capaz de tomar conta...*

(Félicio, 88 anos, solteiro)

*para ela era melhor... e por causa dos medicamentos que ela toma muito medicamento... (...) e essas coisas é preferível estar aqui...*

(Daniel, 95 anos, viúvo)

Contudo, outro dos principais motivos mencionados pelos idosos foi o enorme **Isolamento e Solidão {18}**, que ocorre sobretudo depois da viuvez:

*Não tinha contacto... com ninguém... (António, 86 anos, viúvo)*

*sentia-me muito só (...) (Bernardo, 90 anos, viúvo)*

*eu estava com o meu marido... e depois ele faleceu e eu fiquei na minha casa um ano... um ano e tal sozinha (...) (Dora, 89 anos, viúva)*

*vim para aqui para o lar (...) para não ficar fechada, sozinha em casa*  
(...) (Felicidade, 93 anos, viúva)

Sabe-se que a idade da velhice constitui uma fragilidade face à solidão. Ao longo da vida cada um é confrontado com um certo número de rupturas, plurais, tanto nas formas como na maneira de as assumir.

Tal como Calado (2004) refere, é um facto que os outros se encontram cada vez menos presentes nas fases avançadas da vida, com o tempo os amigos foram desaparecendo, a família está muitas vezes ausente, as incapacidades são cada vez mais importantes.

Os resultados obtidos estão de acordo com Portugal (2008) que constatou que o isolamento e a solidão devido à perda de familiares e amigos são os motivos mais frequentemente apontados pelos idosos para a sua institucionalização, devido à inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efectivo em caso de maior necessidade.

Também Gomes (2008), no seu estudo, enumerou como principais razões de institucionalização problemas de saúde associados à solidão e isolamento, incapacidade física, problemas familiares e acompanhamento do cônjuge em situação de doença.

Rodrigues (2007), no seu trabalho, mostrou que na generalidade os idosos viviam sós antes de ir para o lar. E essa solidão, associada aos riscos derivados da incapacidade e doença na velhice se relaciona a decisão de institucionalização.

No nosso estudo, são muitos os idosos que referiram sentir solidão e isolamento, pois estamos perante um meio rural em que muitas aldeias sofrem um processo de desertificação devido à migração dos jovens na procura de melhores condições de vida, ficando apenas os mais velhos na aldeia.

### 2.1.3- Factores Familiares

A família, principalmente os filhos assumem um papel preponderante na institucionalização. Face ao aumento da dependência atrás evidenciada, os idosos

ponderaram muito a possibilidade de os filhos os ajudarem, ou outros familiares quando não tinham filhos.

Assim, verificou-se que na maioria das situações os idosos sentiam **Apoio familiar {10}** antes de ingressarem na instituição, fase em que mesmo este apoio se revelou **Insuficiente:**

*eu tenho 3 irmãs mas duas é que moram encostadinhas a mim... e ajudavam-me! (Berta, 82 anos)*

*eles é que diziam sempre a uma mulherzinha... para cuidar de mim do que fosse preciso... mas pagavam, já se vê... e... pronto não me faltavam com coisa nenhuma... (Carminda, 93 anos, viúva)*

*Ai o meu filho... o meu filho... ia lá todos os dias... de manhã e à noite... se era preciso alguma coisa... se fosse preciso ele fazia... (...) a minha nora!... que é também muito minha amiga... (Eva, 92 anos, viúva)*

*o meu filho nunca me faltou, com apoio... apoiava-me em tudo... fazia-me ajudava-me no que fosse preciso... até o comer me ajudava a fazer (...) ele e a família são muito meus amigos (Luísa, 87 anos, viúva)*

Contudo, apesar desta percepção de apoio, directo ou indirecto, nomeadamente económico e, sobretudo, apesar do carinho, ainda se mantém em muitas situações a necessidade de procurar o apoio institucional do lar. Uma das razões é o elevado número de casos de **Filhos emigrantes/ distantes {12}**:

*a minha família estava muito longe (...) estava sozinha em casa não é, e foi por isso que eu resolvi vir para o lar (Luísa, 87 anos, viúva)*

*vive em Lisboa a minha filha, e o meu filho está na Covilhã (...) eu vim para o lar porque os filhos estavam longe (Guilherme, 86 anos, casado)*

*um está em Angola (...) os outros... em Viseu, outro em Montemor-o-Velho, outro em Sines (Inácia, 92 anos, viúva)*

*tenho 3 filhas, mas não estão cá...estão ausentes (...) estão nos Estados Unidos... (Manuel, 79 anos, viúvo)*

Em alguns destes casos, os filhos que vivem longe demonstraram vontade que os seus pais se deslocassem da sua aldeia e fossem viver com eles, no entanto, estes **Não aceitaram desenraizar-se {3}**, preferindo o lar local:

*eles diziam para eu ir para lá mas eu não me dava na cidade (Carmina, 93 anos, viúva)*

*porque eu não gostava de ir para Lisboa, ainda hoje não gosto, nem o Natal, lá vou passar, não é que não seja tudo meu amigo (Otília, 88 anos, viúva)*

*as minhas filhas queriam me levar para a América e eu não quis ir (Manuel, 79 anos, viúvo)*

Quando não foi a distância do local onde os filhos vivem a ditar estas dificuldades, foi a indisponibilidade de tempo, porque os **Filhos empregados {14}** não conseguem disponibilizar toda a atenção que estes idosos sentem necessidade, vivendo estas gerações vidas separadas:

*ela... tinha lá o trabalho dela (...) porque não podia lá estar, perde o emprego por causa de mim, por isso vim para o lar... (Felicidade, 93 anos, viúva)*

*vive em Coimbra... e eu vivia aqui em Tamengos... mas o meu filho não queria que eu estivesse sozinha (Luísa, 87 anos, viúva)*

*porque eles todos... são casados, as mulheres todas também trabalham... tem emprego não estava ninguém em casa... deixavam de trabalhar para nos aturar... tempo não tinham (Ivo, 85 anos, viúvo)*  
*eles tinham a vida deles (Otília, 88 anos, viúva)*

Neste sentido, os idosos preferem ir viver para o lar para **Não se sentirem "um fardo" {9}** para os seus filhos, que possuem projectos de vida próprios, colocados pelos próprios idosos numa ordem de importância superior às suas necessidades:

[Aqui] não estorvo... (Carmina, 93 anos, viúva)

porque deixava os meus filhos à vontade, eu peguei nas minhas coisinhas todas e queria ir para o lar... (Dora, 89 anos, viúva)

e eu também para estar a incomodar, não (...) antes quero pagar ... (Hélder, 85 anos, viúvo)

não queria incomodar a vida do meu filho (...) eu vou para o lar, é para os meus filhos não tomarem conta de mim (...) A minha vinda para aqui foi para os meus filhos estarem bem (...) se eu estou mal não tem importância... quero que eles estejam livres (Rosa, 75 anos, viúva)

Outras vezes, a opção foi tomada porque entendiam que também os familiares já sofriam de limitações físicas impostas por doença, ou porque entendiam que estes já estavam sobrecarregados com outros familiares dependentes:

(...) a minha filha é muito doente... andava sempre para Coimbra (Bernardo, 90 anos, viúvo)

ela [nora] também começava a ficar doente (Inácia, 92 anos, viúva)  
porque... o meu filho tem lá a sogra... (...) e depois .. eu pensei... não posso pedir para ir para casa do meu filho (...) e eu entendi que não devíamos ir para lá... estando lá a minha parceira... (Eva, 92 anos, viúva)

Outra ordem de dificuldade situa-se no tipo de relações, existindo casos em que os **Conflitos familiares {7}** consubstanciam ainda mais a ida para o lar:

ao fim de 3 meses [a viver na casa da filha] também há sempre coisas implicávamos uma com a outra, eu fui para a minha casa (Dora, 89 anos, viúva)

tinha medo... (...) porque pronto a minha nora tinha lá a mãe, eu já via que ela às vezes respondia para mãe (...) e eu dizia assim [para o

marido] *“Ai... então connosco há-de ser pior!”... então viemos para aqui* (Inácia, 92 anos, viúva)

*não estava bem (...) na casa do meu filho... são coisas, não gosto de certas coisas não é (...) e o menino [neto] nasceu, tem 5 anos nuca vi o menino* (Joanina, 68 anos, viúva)

*ele [primo] até a chave me tirava da porta, para não entrar quando quisesse, porque eu entrava e aquilo era numa divisão à parte da casa (...) onde eu dormia* (João, 84 anos, viúvo)

É um dado adquirido que a relação da família com o idoso tem sido diferente ao longo das gerações. Sebastião (2002) refere-nos que a imagem da família tradicional em que conviviam os avós, pais, filhos e netos na mesma casa tende a alterar-se devido a factores de migração em que os jovens se afastam dos meios rurais para grande cidades e os idosos permanecem em locais onde sempre viveram, subsistindo a solidão que adoptam pela melhoria da qualidade de vida. Pois na sociedade moderna não existe coabitação entre os diversos membros da família (Bris, 1994). Esta linha de pensamento é notória no nosso estudo, tendo em conta os relatos dos idosos.

Como referem Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) e Pinto (2001) motivado pelas alterações ocorridas na família, como sendo o aumento de divórcios, de famílias reconstruídas e monoparentais, de mulheres no mercado de trabalho e da mobilidade geográfica das famílias, existe uma maior indisponibilidade por parte da família quando tem de assumir o papel de cuidador. Nestas condições o cuidado ao idoso pode ser difícil ou inexistente, podendo ser um dos motivos da institucionalização (Leme & Silva, 2000). A ausência de redes de apoio familiar tem mostrado preditivo na institucionalização do idoso, uma vez que os cuidados informais são assumidos pela família, bastante evidente no nosso estudo, mencionado pelos idosos por indisponibilidade de tempo, afastamento geográfico dos seus familiares.

A indisponibilidade dos familiares para cuidar decorrentes do estilo de vida está de acordo com as conclusões de Leme e Silva (2000) e Gomes (2008) que evidenciaram que os familiares não assumem a prestação de cuidados aos seus idosos por falta de tempo em virtude de compromissos profissionais, precarização de condições de vida como sendo condições de habitabilidade e os motivos relacionados com a vida quotidiana, com os novos estilos de vida.

Cuidar de um idoso não é uma tarefa fácil na nossa sociedade actual. É de referir que um idoso dependente na esfera familiar altera o movimento natural do ciclo de vida familiar podendo ocorrer mudanças a nível da individualidade e autonomia de todos os elementos da família.

A sobrecarga dos cuidadores também referida pelos idosos corroboram com Imaginário (2008) que, no que diz respeito às alterações de saúde do cuidador, afirma que estes experimentam com muita frequência o cansaço físico e a sensação de que a saúde decaiu desde que assumiu a prestação de cuidados ao idoso. No estudo realizado por Costa e Silva (2000:18) verificou-se que “cuidar, em continuidade, de pessoas envelhecidas, doentes e dependentes interfere no bem-estar psicológico subjectivo de cada um”.

Os idosos entrevistados também referem a existência de conflitos familiares e o sentimento de “fardo”. Estes dados estão de acordo com outros estudos que indicam claramente o sentimento de peso, “estorvo” dos idosos relativamente aos seus familiares quando tem necessidade de ajuda (Portugal, 2008). Para além destas dificuldades de tempo dispensado para cuidar do idoso, os problemas entre irmãos, com o cônjuge ou até com o idoso são aspectos que os cuidadores também mencionam. Entre irmãos deve-se ao facto de ninguém assumir papel de cuidador, ou por residirem no estrangeiro e existir uma despersonalização consciente ou inconsciente, perante a actividade de cuidar. Os problemas com o idoso ocorrem devido a conflitos no passado. Na perspectiva destes autores, “a história da relação com o idoso, marca de modo muito acentuado, o que vai acontecer na velhice”, explicando que os familiares dificilmente irão gostar dos seus idosos, se estes tiveram comportamentos pouco correctos para com os cuidadores (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

#### 2.1.4- Factores Sociais

Tal como se referiu na subcategoria dos factores familiares, também a nível social era sentido o **Apoio dos vizinhos {10}**, ainda que **Insuficiente**. Este apoio parecia resumir-se muitas vezes a chamar por socorro numa situação de queda ou de doença súbita:

*tinha lá vizinhos que eu me visse aflita que eu chamasse também me ajudavam alguma coisa... (Albertina, 78 anos, casada)*  
*vinham os vizinhos (...) tenho lá um casal (...) iam lá se eu precisa-se de alguma coisa... de chamar a ambulância... eu chamava e eles vinham, lá a casa... (Helena, 83 anos, viúva)*

Mas em alguns casos este apoio era maior, com grande entreatajuda em situações de dependência, nomeadamente em situação que os cônjuges ficavam “acamados”:

*ajudavam quando o meu marido ficou de cama (Berta, 82 anos, viúva)*  
*então quantas vezes o meu marido caiu com o Alzheimer, e depois ele coitadito caiu, e a minha prima ia lá dar-lhe o almoço porque eu não mo atrevia a dar-lhe. Quando ele caía chamava os vizinhos e eles vinham de caminho (...) ajudavam a levantá-lo, e a fazer... ajudavam-me no que fosse preciso (...) ele não comia por ele... ajudavam-me a dar-lhe de comer... tanta vez... (Luísa, 87 anos, viúva)*

Em muitas outras situações não parecia existir este apoio, associando-se à falta de apoio dos filhos também a **Falta de apoio dos vizinhos e da família alargada {9}**:

*não tinha filhos... Não tinha ninguém próximo. (...) Não tinha apoio familiar (António, 86 anos, viúvo)*  
*dava-me bem com toda a gente [vizinhos], mas eles não tinham vida para me andar a “apajar” (Dora, 89 anos, viúva)*  
*não havia vizinhos que tratassem de mim (...) da família não esta lá ninguém (Luís, 69 anos, viúvo)*  
*Aqui não tenho ninguém, (...) nunca tive filhos... tenho sobrinhos mas estão para o Algarve (...) telefonam-me... mas... não têm interesse nenhum (Natércia, 92 anos, viúva)*  
*(...) tinha uma sobrinha que (...) não prestava nada (António, 86 anos, viúvo)*

Os resultados obtidos corroboram com Pimentel (2005) que afirma que as relações de comunidade e de vizinhança tendem a perder importância nos nossos dias, especialmente nos grandes aglomerados urbanos, onde as pessoas se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil manter as formas de solidariedade. Nas sociedades ditas tradicionais as redes de interacção eram, em grande parte, suficientes para garantir um apoio efectivo àqueles que necessitavam, particularmente aos idosos. Neste estudo já se evidencia a fragilidade das relações de vizinhança embora estejamos perante um meio rural onde as ajudas ainda são mais acentuadas. Daí que na minha perspectiva alguns ainda tivessem algum tipo de apoio antes de entrarem na instituição.

Mas, como nos referem Cerqueira, Figueiredo e Sousa (2004), a redução das redes sociais são um fenómeno natural do envelhecimento dado que à velhice se associam barreiras que dificultam a manutenção de relações e as marcam pela instabilidade nomeadamente: perdas relacionais (morte de amigos e familiares); vulnerabilidades pessoais (deterioração de saúde física, alterações no estado psicológico); barreiras ambientais e contextuais (diminuição do estatuto económico, estereótipos sociais); stress e conflito. Com a velhice as redes sociais diminuem de tamanho, concentrando-se nos familiares e reduzem-se os níveis de reciprocidade. Tendo em conta estas as alterações, na nossa perspectiva esta rede de apoio torna-se incapaz de responder a situações de maior dependência no idoso, pois normalmente os vizinhos são também idosos, possuidores de algumas limitações e em número reduzido.

## 2.2 - PROCESSO DE DECISÃO

Nesta categoria enquadram-se duas subcategorias. Na primeira aborda-se quem foi o principal agente decisor da ida do idoso para o lar e em que moldes se processou essa decisão. Na segunda subcategoria abordam-se os aspectos que levaram à escolha do lar onde estão institucionalizados (Figura 3).

Figura 3 – Processo de decisão



### 2.2.1 - Agente decisor

No que concerne à pessoa sobre quem parece ter recaído o papel principal na decisão da ida dos idosos para o lar, ficou patente nos discursos que em várias situações esta foi uma **Decisão dos próprios** {9}, ainda que se perceba um processo de negociação com os filhos, acabando a decisão por ser tomada pelos idosos:

*Tomei essa decisão assim de repente... o melhor era ir para o lar... e depois quando chegou o meu filho... eu disse: “Olha que eu já tomei uma decisão... olha que eu vou para o lar!”. E ele disse “Então?... mas vai só o pai..... a mãe não precisa de ir...”. “Não para onde o pai for também quero ir!”... a gente nunca se separou tivemos casados 62 anos ... (...) e eu não queria que ele viesse para aqui sozinho (Berta, 82 anos, viúva)*

*ela [filha] não queria, mas eu queria (Bernardo, 90 anos, viúvo)  
eu disse “então olha eu vou experimentar o centro de dia...”(...) se eu não der nessa altura eu vou para a vossa casa... mas dei-me bem lá...tenham paciência que eu gosto muito (Carminda, 93 anos, viúva)  
fomos nós [casal] que decidimos vir para o lar... e ele [filho] até depois nem queria (Inácia, 92 anos, viúva)*

Em alguns casos ficou também patente que esta foi uma **Decisão antecipada {3}** que os idosos assumiram ainda antes de ficarem dependentes, porque anteviam essa dependência como muito provável e percebiam que poderia não ser fácil serem admitidos num lar mais tarde, quando então necessitassem mesmo:

*Decidi vir para o lar na altura em que começaram a construir isto e disseram que estavam a venda os apartamentos, e eu (...) a ver a idade que estava a avançar, preveni-me, com antecedência (António, 86 anos, viúvo)*

*vou para lá, que ainda tenho juízo, quando perder o juízo, ao menos estou aqui (Bernardo, 90 anos, viúvo)*

*porque quando abriu isto estava tudo cheio e eu sabia porque estava aqui no centro de dia e via as inscrições e estava tudo cheio... (...) eu lembrei-me quando fiquei presa... (...) que voltava ao mesmo e (...) pensei assim... “Quando eu quiser entrar já não posso porque está tudo cheio” (Carmina, 93 anos, viúva)*

Em outras situações ficou claramente percebido que a institucionalização foi uma **Decisão dos filhos {9}**, sendo estes que sugeriram e sensibilizaram o idoso para a necessidade de institucionalização, impelidos por uma série de factores já abordados, nomeadamente o agravamento da dependência, a solidão e a distância a que viviam dos pais:

*foi a minha filha, que por me ver doente ou assim ela... (Felicidade, 93 anos, viúva)*

*o meu filho casou e foi para Lisboa... e ele pôs-me aqui no lar (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)*

*o meu filho não queria que eu estivesse sozinha (Luísa, 87 anos, viúva)*

Percebe-se na maioria dos discursos que a ida para o lar foi uma necessidade, independentemente de quem pareça ter assumido o papel decisor mais preponderante.

Assim, a **Decisão mútua {4}** entre os idosos e os familiares foi outra das situações narradas:

*foi o meu marido, que é que chamou as filhas por me ver ruim... elas vieram e então caminharam para ver se encontravam onde me deixar... (Albertina, 78 anos, casada)*

*quem decidiu fui eu...(...) porque o meu filho não queria que eu estivesse só (Luísa, 87 anos, viúva)*

*elas entenderam, que era melhor assim, e a gente concordou... pronto, viemos para o lar (Ivo, 87 anos, viúvo)*

*fui eu... (...) porque as minhas filhas queriam-me levar para a América e eu não quis ir (...) elas ainda foram ver uma casa particular ali a Ferreiros, mas aquela casa... (Manuel, 79 anos, viúvo)*

O reflexo da sociedade actual coloca-nos perante um panorama em que os descendentes funcionam mais como mediadores do que como cuidadores regulares. A família e o idoso têm sentido necessidade de recorrer aos apoios formais, nomeadamente centros de dia, serviços de apoio domiciliário, lares de idosos.

Relativamente à participação do idoso na decisão de Institucionalização, Reed et al e citados por Sousa et al (2004), nos seus trabalhos, enunciam quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva. A preferencial caracteriza-se por ser o idoso a tomar a decisão perante alterações que ocorrem na sua vida que o leva a ponderar a ida para um Lar como melhor alternativa. Esta situação ocorre quando sucede a morte de cônjuge ou quando o idoso se torna muito dependente e sente que ficar ao cuidado de familiares é grande sobrecarga. Evidente nos idosos que manifestaram tomar a decisão por eles próprios. A estratégica exprime o planeamento do Idoso ao longo da vida no sentido de adoptar essa solução. Esta postura é mais frequente em pessoas solteiras, viúvas e/ou sem filhos ou, se os têm, estes vivem longe e não têm condições para apoiar. Constata-se em alguns idosos que programaram a ida para o Lar, encarando como projecto de vida. Na passiva, o encaminhamento para o Lar decorre de decisões de outros sobre o nível e tipo de cuidados requeridos pelo idoso e que aceitou sem questionar, normalmente ocorre em idosos dementes.

Relativamente às circunstâncias da entrada no Lar, considera-se que o processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico. Os idosos que antecipam e antevêm a mudança integram-se mais facilmente neste novo modelo de vida (Grogger, citado por Sousa, 2004).

Portugal (2008), no seu estudo, concluiu que em vários casos é o idoso que deseja ir para um lar, como forma de garantir a segurança de um futuro previsto como difícil, nomeadamente no caso de dependência em que é reconhecida a insuficiência de apoios sociais. A opção pelo internamento passa por uma tomada de consciência dos limites das respostas informais, como é o caso de familiares, vizinhos, amigos para prevenir situações de maior dependência. Este processo de adaptação também é visível no nosso estudo, pois muitos idosos contribuíram para utilizarem mais tarde o equipamento.

Embora Sousa (2006) e Figueiredo (2004), nos seus estudos, salientem a tomada de decisão por iniciativa própria como predominante, no nosso estudo não se destaca nenhum tipo de tomada de decisão

### 2.2.2- Escolha do lar

No processo de decisão os idosos e/ou os seus filhos/familiares reconhecem em primeiro lugar a necessidade de ajuda e suporte externo, neste caso institucional, uma vez que o apoio familiar e dos vizinhos se evidencia a determinada altura insuficiente ou indisponível. Segue-se então a decisão sobre o tipo de ajuda necessária para suprir as necessidades referidas pelos idosos. Nesse sentido a opção recai no lar sobretudo pela **Insuficiência de outras valências {10}**, nomeadamente o Centro de Dia, em suprir as necessidades nos auto cuidados ou nos cuidados em situações de elevado grau de dependência dos cônjuges:

*não o centro de dia não chegava sabe porquê, porque o meu marido estava acamado* (Berta, 82 anos, viúva)

*no centro de dia não tinha quem ficasse comigo de noite, e não estava bem sozinha...* (Dora, 89 anos, viúva)

*nós já vínhamos ao lar de dia... estive lá quando me deu as trombozes... eu fui para o lar de dia... (...) e depois pronto... (...) passei para o lar de noite...(Daniel, 95 anos, viúvo)*

*porque a gente aqui ficava melhor que tinha gente que nos tratasse (Felicidade, 93 anos, viúva)*

*porque achei que era melhor estar aqui, portanto era mais fácil para mim. De repente já não coisa... nos pensos, e tal já não tinha ninguém, assim... estava mais apoiada pois... (Natércia, 92 anos, viúva)*

Noutras situações, mas ainda em relação com esta insuficiência e de acordo com o que atrás foi referido, antever a dependência gradual bem como a dificuldade em poder ser acolhido num lar também levou ao ingresso no lar ou à compra antecipada de um apartamento no mesmo, em detrimento do centro de dia:

*Depois a gente ficasse mais... a depender (...) acamada não é... (risos) vir buscar... levar a casa, depois se eles não estavam em casa, quem é que ficava comigo... (Piedade, 79 anos, viúva)*

*centro de dia não, estava aqui inscrito, tinha um apartamento mobilado por mim (António, 86 anos, viúvo)*

Dois idosos referiram ainda que na altura em que tiveram de decidir, desconheciam a valência do centro de dia, da qual só recentemente começaram a ouvir falar:

*parece que nesse tempo não era tão falado como agora (Helena, 83 anos, viúva)*

*agora aqui já há mas naquele tempo não havia... (Manuel, 79 anos, viúvo)*

No que respeita à escolha de qual o lar pretendido, isto é, o porquê daquele e não de outro, verificou-se que o principal critério foi o de o lar **Ser perto da área de residência {11}**, onde sempre viveram e onde mantêm ligações a outras pessoas e às suas coisas, especialmente à casa:

*então eu sou de cá!!!!* (Daniel, 95 anos, casado)

*porque era mais perto da minha casa... e estava muito mais perto de minha casa, na Mealhada ainda eram uns quantos quilómetros...*

(Dora, 89 anos, viúva)

*porque eu morava aqui perto, era só atravessar a rua* (Natércia, 92 anos, viúva)

*porque era da terra, porque conhecia aqui as pessoas* (Berta, 82 anos, viúva)

*porque tinha família a viver na zona* (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)

Depreende-se também que a escolha do “Lar da terra” favorecia a manutenção de laços emocionais e relacionais com as pessoas, e **Conhecer utentes {8}** ou **Conhecer funcionários {6}** revelou-se importante:

*já tenho cá muitos vizinhos...* (Berta, 82 anos, viúva)

*tinha aqui vizinhas...* (Carmina, 93 anos, viúva)

*alguns... estão aí... que são meus vizinhos (...) eu aqui saio porta para fora toda a gente me conhece* (Ivo, 85 anos, viúvo)

*já conhecia aqui os funcionários* (Felicidade, 93 anos, viúva)

*as empregadas, são conhecidas, (...) ajudaram um bocadinho.*  
(Joanina, 68 anos, viúva)

**Conhecer os serviços prestados {4}** na instituição através de experiências com familiares ou da própria experiência em Centro de Dia também se revelou importante na escolha:

*já cá tinha vindo uma irmã minha, que me morreu... estive cá internada... e eu vinha cá sempre vê-la... pois já conhecia o lar*  
(Piedade, 79 anos, viúva)

*eu já via que as empregadas eram de confiança... (Carmina, 93 anos, viúva)*

*porque já cá era conhecido, já andava aqui na fisioterapia, tinha aqui os bombeiros, tinha aqui tudo, era mais fácil (Manuel, 79 anos, viúvo)*

*porque já tinha andado cá uns diazitos... (Luísa, 87 anos, viúva)*

Noutros casos a escolha obedeceu a um critério mais prático, resumindo-se basicamente a **Ter vaga(s) {6}**, mesmo quando outros lares eram os preferidos:

*a minha filha é que cá veio pedir, mas ela foi a mais lados, mas estava tudo cheio (Luís, 69 anos, viúvo)*

*ele foi a uns poucos... e o que viesse primeiro ficaria... eu cheguei a dizer “Oh filho leva-me para onde tu quiseres!”, eu já estava saturada... e ele então inscreveu-me aqui (Maria, 77 anos, viúva)*

*vim para este porque arranjaram colocação na minha mulher e eu vim para ao pé dela (Guilherme, 86 anos, casado)*

*lá no outro lar onde comecei, onde está a minha filha não tinha vaga... vim para aqui para a minha terra... (Joanina, 68 anos, viúva)*

Em relação com esta dificuldade de ingresso em determinada instituição está o facto de se **Ser associado {4}** ou não da instituição, Associação Particular de Solidariedade Social ou Santa Casa da Misericórdia, na generalidade dos casos. Nesses casos a escolha é lógica, porque também a entrada é facilitada/ privilegiada em relação a outras pessoas que estejam em lista de espera e não sejam associados:

*o meu homem andou aqui muito tempo a pagar para vir para o lar (...) era sócio, e eu também (Felicidade, 92 anos, viúva)*

*quando eu estava com os meus pais demos alguma coisa de ajuda para esta instituição, junto lá com as pessoas da Fogueira e, portanto, (...) a minha ideia foi sempre vir para aqui (Albertina, 78 anos, casada)*

*porque... o meu filho também tem aqui o nome dele, também aqui tem qualquer coisa... (Eva, 92 anos, viúva)*

Com o objectivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, em particular daqueles cujas redes de solidariedades primária são inexistentes ou ineficientes, surgem um conjunto de serviços e equipamentos diversificados de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência.

Muitos idosos recorreram ao internamento por insuficiência de valências. Já Gomes (2008) concluiu que o internamento definitivo foi durante muitos anos a única possibilidade de apoio formal mesmo para aqueles que tinham condições de permanecer no domicílio, necessitando apenas de apoio temporário

A resposta social de Lar de Idosos, constitui um estabelecimento que desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Face ao tipo de serviço prestado torna-se a resposta mais eficaz perante as necessidades dos idosos entrevistados.

Embora actualmente tenham sido implementados outros equipamentos que fomentam a permanência do idoso no seu domicílio, como são o Serviço de Apoio Domiciliário e Centros de Dia, pelos serviços que prestam são considerados ineficazes para os idosos entrevistados, como observamos nos seus discursos. A opção pelo internamento, passa assim, por uma consciência dos limites das respostas informais e por prevenir situações de maior dependência que se podem tornar drásticas quando não existe uma cobertura adequada.

Estes resultados corroboram com o estudo de David et al, citado por Rodrigues (2007), que demonstra que quando o idoso precisa de maiores cuidados e a família não tem essa disponibilidade, a perspectiva de ida para um Lar surge, como única alternativa de manter a qualidade de vida do idoso e família.

No que diz respeito à escolha do lar é muito limitada devido às listas de espera e semelhança entre as instituições existentes. Os idosos e familiares desempenham um papel importante na escolha da instituição.

A escolha do Lar onde se encontram é sobretudo pela proximidade com a sua residência ou pelo contacto com outros utentes idosos ou funcionárias. Na nossa perspectiva, tratando-se de um meio rural, esta proximidade e conhecimento das pessoas que trabalham na instituição assume um peso preponderante na escolha do lar, pois nestes

meios mais pequenos as redes de relações ainda se mantêm e são mais fortes do que no meio urbano.

O conhecimento prévio da instituição, utentes e funcionários são factores facilitadores para a integração do Idoso ao Lar, corroborando com Gomes (2008) que defende que são factores facilitadores da adaptação do idoso os contactos anteriores com a instituição, ou frequência noutras valências da mesma, a importância da companhia e o funcionamento e organização da instituição.

Sousa (2004) é da mesma opinião, considerando que a escolha recai sobre a segurança, privacidade, atmosfera familiar e resposta aos desejos do idoso.

### 2.3 - VIVÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Nesta categoria enquadram-se as vivências decorrentes da institucionalização bem como vivências actuais dos idosos que foram entrevistados. Nas cinco subcategorias que a compõem, são apresentados quer os benefícios, quer os constrangimentos decorrentes de se viver num lar, que culminam de forma geral em satisfação na avaliação global realizada, ainda a forma como as relações familiares foram ou não afectadas pela vinda para o lar e por fim algumas vivências decorrentes da proximidade com morte, nomeadamente a viuvez (Figura 4).

Figura 4 – Vivências da institucionalização



### 2.3.1 - Benefícios

Em termos dos benefícios mais referidos pelos idosos, que estão em relação directa com as causas atrás referidas, destaca-se a **Atenção e Apoio nos Auto cuidados {17}**, que não se limita à assistência nas necessidades físicas como a alimentação, higiene, vestir e despir, entre outras, passando pela atenção constante e sensação de segurança transmitida pelas funcionárias:

*comida a horas, que a gente não tinha...* (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)

*quando vim aqui para o lar fiquei bem, tem boa alimentação, tem bom tratamento para a gente, não há nada que dizer. (...) é a boa alimentação, é a cama, tratam da roupita para a gente vestir...* (Guilherme, 86 anos, casado)

*aqui não falta nada... está a comida à hora... tenho a cama feita a horas... (Carlos, 90 anos, viúvo)*

*eu tenho aqui apoio porque elas... pois claro...vão-me deitar... vão-me levantar... vão-me dar banho... vão-me lavar á noite e de manhã... aqui tenho muitas facilidades (...) para me vestir e essas coisas tinha mais dificuldades... (Felicício, 88 anos, solteiro)*

*tenho tudo... e não tenho cuidados [preocupações]... nem tenho de fazer compras nem comida... nem nada... (...) quando me constipo elas tem mais cuidado que eu, (...) quantas vezes elas me aparecem no quarto sem dizer nada com as botijas quentes, a perguntar se eu quero alguma coisa... isso é uma grande coisa para mim... (Carminda, 93 anos, viúva)*

*então em casa, não tinha quem me tratasse muito... se tiver alguma coisa, toca-se a campainha aparece quem... “Quem é o pedido?” (...) vêm que a gente que está mal, chamam a ambulância e levam-nos para o hospital (...) e uma pessoa em casa.... está mal... (Helena, 83 anos, viúva)*

A maior acessibilidade e disponibilidade local de **Cuidados de Saúde {6}** também é um benefício muito valorizado:

*nisso são bons... tenho médicos (...) e enfermeiras, tem isso tudo... (Daniel, 95 anos, viúvo)*

*porque aqui dão-nos logo qualquer coisa somos logo atendidos (...) eles [filhos] andavam a trabalhar, não nos podiam socorrer logo (...) porque se houver qualquer coisa... eu digo ao médico, à enfermeira, ela é formidável... apoia logo a gente (Ivo, 85 anos, viúvo)*

*em termos de saúde eu vou ao médico a Coimbra, quase todos os meses... (...). Elas têm o cuidado, quando... eu antes de ir a consulta têm de ir ao laboratório fazer as análises (...) e então elas já sabem... (Luísa, 87 anos, viúva)*

Lembrando que a solidão foi uma das causas da ida para o lar, não será de estranhar que a **Companhia {11}** de outros idosos constitua um benefício bastante referido:

*a vantagem é essa aqui nunca estou sozinho* (Bernardo, 90 anos, viúvo)

*agora tenho mais companhia...* (Dora, 89 anos, viúva)

*ao menos a gente aqui conversa e distrai...* (Felicidade, 93 anos, viúva)

*não tinha convívio nenhum... na minha terra... a terra está deserta daqui a mais não há ninguém, há lá sete ou oito pessoas* (Manuel, 79 anos, viúvo)

Valorizadas são também as **Actividades ocupacionais {8}** desenvolvidas com outros idosos e promovidas pelas técnicas ocupacionais ou assistentes sociais, que a maioria das instituições contrata para este efeito:

*sempre há outras coisitas, as actividades da Dr.<sup>a</sup> M., eu agora também tenho ido, dar comer na boca as pessoas que não comem na própria mão, a Dr.<sup>a</sup> G. pediu e eu atendi...* (Albertina, 78 anos, casada)

*eu tenho muito que fazer !!! (...) olhe um quadro que eu fiz (...) a Dr.<sup>a</sup> M. está sempre a chamar a gente, para recortar para irmos pintar, faço... teatro!* (Berta, 82 anos, viúva)

*eu faço tapetes...* (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)

*e até na ginástica jogávamos a bola uma para a outra* (Helena, 83 anos, viúva)

*jogávamos cartas, xadrez...* (Manuel, 79 anos, viúvo)

A entrada do idoso para a instituição é representada como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer perspectiva de retorno. O internamento pressupõe uma ruptura com o meio com o qual se identifica e independentemente das circunstâncias que envolvem o internamento, este representa sempre uma mudança significativa no seu padrão de vida.

Contudo, a institucionalização constitui a melhor resposta para assegurar a qualidade de vida ao idoso.

Os idosos entrevistados valorizam os cuidados de saúde, ajuda no auto cuidado e actividades ocupacionais. Estes resultados seguem a linha de pensamento de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) que consideram que estes estabelecimentos devem proporcionar alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, bem como momentos de convívio entre outros idosos.

A importância da companhia mencionada pelos idosos entrevistados corrobora com as conclusões de Gomes (2008) e Rodrigues (2007), que consideram que para os idosos um bom lar é aquele que proporciona actividades de animação, possibilita saídas (passeios, actividades com a comunidade), fornece boa alimentação, tem pessoal simpático e competente, facilita que os residentes façam boa companhia uns aos outros, disponibiliza serviços de apoio (enfermagem) e é seguro.

### 2.3.2- Constrangimentos

Não obstante estes benefícios de viver no lar, existem também alguns constrangimentos que vão desde a separação da habitação própria, à alteração dos hábitos de vida, perda de alguma liberdade até à difícil convivência com outros idosos.

A **Saudade de casa {10}** é mesmo o constrangimento mais referido, não se especificando na maioria das vezes a razão principal dessa separação, depreendendo-se um sentimento de tristeza profunda como se a separação da casa e dos seus pertences fosse algo semelhante à separação de uma pessoa ou perda de parte do próprio corpo da pessoa:

*custou-me muito sair de casa mas teve que ser... (Albertina, 78 anos, casada)*

*a gente gosta sempre de estar em casa, na nossa casa... (Berta, 82 anos, viúva)*

*olhe só me custou sair da minha casa (...) tinha lá as minhas coisinhas, mas pouco... e depois ficou tudo fechado... (Carmina, 93 anos, viúva)*

*chorava, porque deixei a minha casa, não é (...) ainda hoje... quando lá vou... fico triste, porque era uma casinha muito boa não é... e... está-se a estragar toda de estar fechada, não é (...) quando de lá saio... choro sempre... (...) tive muito trabalho para a ter... (Luísa, 87 anos, viúva)*

Este processo de adaptação em alguns casos parece ser mais difícil numa fase inicial, mas para outros parece perdurar por mais tempo ou até nem se realizar totalmente:

*foi mais fácil em princípio que agora... (...) agora só me dá vontade de chorar... (...) não sei... (choro) tenho saudades da minha casa... tinha uma casinha ao pé da do meu filho... e tenho saudades do que lá deixei... (...) eu queria estar na minha casa... mas como não posso... (Eva, 92 anos, viúva)*

*custou-me muito adaptar-me ainda hoje... (...) não sei porquê, porque estava habituada a estar na minha casa... (Guilhermina, +-90 anos, mãe solteira)*

Porém, alguns idosos definem de forma mais precisa os constrangimentos, que se podem relacionar com a saudade de casa ou saudade da forma de vida que se tinha. Desde logo salienta-se a **“Perda” de Liberdade(s) {4}**, alguns idosos comparam o lar a uma prisão ou uma gaiola, passando também pela restrição de algumas liberdades pessoais, ou por outras palavras, restrições de algumas vontades:

*eu quando entrei para cá (...) eu entrei a chorar, a Dr.<sup>a</sup> A. viu-me a chorar, ... “Então está a chorar porquê?”... “Porque vim para uma cadeia...” (Ezequiel, 74 anos, casado)*

*em casa estava melhor, pelo seguinte... andava mais à vontade, eu nunca fui assim pássaro de gaiola (Luís, 69 anos, viúvo)*

*em casa tinha mais liberdade (...) fazia o que queria... quando queria... (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)*

*umas [funcionárias] trabalham de uma forma, outras gostam de outra, e a gente tem... tem que se adaptar a essas coisas todas, e eu... também perdi o gosto das minhas rendinhas... mas acho que (...) agora já nem usam as rendas nem nada [nos móveis, como decoração] (Inácia, 92 anos, viúva)*

Em estreita relação com esta limitação das vontades pessoais surge a necessidade de **Submissão a rotinas {2}**, ainda que se compreenda a sua pertinência para o bom funcionamento da instituição:

*Estava habituada à minha casa, fazer as minhas coisas à minha maneira, mas isso não pode durar toda a vida... (Albertina, 78 anos, casada)*

*queria deitar-me à hora que queria, e levantar-me à hora que queria... como quisesse... (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)*

Outro constrangimento é imposto pela necessidade de conviver com muitas pessoas num lar, relatando alguns idosos a **Difícil convivência com todos {7}**, porque as personalidades e formas de estar e de se relacionarem com “o outro” são muito diversas, percebendo-se como um dos aspectos mais difíceis a partilha:

*os idosos são muito malcriados uns para os outros (Helena, 83 anos, viúva)*

*porque é muito complicado a convivência das pessoas... a má convivência das pessoas... aqui as pessoas são rudes... (...) brutas, muito impostoras, muito aldrabonas, muito vingativas... (Rosa, 75 anos, viúva)*

*estão na mesa berram uns com os outros “E isso não está bem, não está bem ...e aquilo não está bem!” ... e depois custa... as pessoas... as pessoas ouvirem certas coisas... (Eva, 92 anos, viúva)*

*o que é menos bom aqui, eu vou-lhe dizer... é a falta de união, parece que não há amor, não há amizade (...) fazem guerra e ralham e aquilo até me incomoda... (Dora, 89 anos, viúva)*

*só senti falta foi depois de o meu marido ir embora, tive que me juntar a outras pessoas, e pronto aquilo já não é um quarto, já não é um apartamento sozinha (Inácia, 96 anos, viúva)*

Alguns idosos apontaram também a **Sobrelotação {3}** como uma causa para alguma insatisfação, ou seja, devido ao elevado número de idosos, o convívio torna-se mais difícil, bem como as funcionárias têm mais gente para cuidar, não conseguindo responder com a eficácia e eficiência de outros tempos:

*em princípio parece que não me importava... eee... era outra coisa! Mas está cá muita gente... estava menos gente! (...) era outro... era outro ambiente... agora não acho ser um bom ambiente como era antigamente! (Eva, 92 anos, viúva)*

*agora custa mais está muito cheio... muita gente... muita gente, são muito utentes, credo... mas eles é que sabem, a lotação que podem ter, com certeza... (Inácia, 92 anos, viúva)*

*são competentes... mas é muita coisa a tratar (...) e claro... em primeiro os mais necessitados... e eu espero (Bernardo, 90 anos, viúvo)*

Para os idosos a sua casa é o local de intimidade individual e familiar, lugar de identidade, de preservação da sua individualidade. É onde se sente em segurança. Daí que muitos tenham referido as saudades de casa como aspectos negativos da institucionalização. Os bens individuais de cada pessoa têm uma grande relação com o próprio, no entanto com a institucionalização o idoso é despojado da maioria deles.

Quando os idosos são institucionalizados sentem perda de controlo, pelos sentimentos de desânimo e depressão, pelo declínio físico acelerado e por parte da instituição. Cordeiro (2000) corrobora com esta ideia, afirmando que a grande maioria dos lares assume o controlo de alguns aspectos da vida dos idosos. O idoso é despojado das suas defesas ao ser submetido a experiências de separação do mundo externo, à rotina diária da vida institucional, à obediência a formas de restrições e convívio com outros indivíduos. Isto é evidente no discurso dos idosos que sentem perda de liberdade e submissão a rotinas.

Já Gomes (2008) no seu estudo enumerou como constrangimentos sentidos pelos idosos por um lado, o espaço físico com afastamento da sua casa e por outro lado, a vertente relacional com afastamento de familiares e vizinhos.

A convivência forçada, a partilha de um mesmo espaço com alguém que se desconhece, ou que se conhece superficialmente, pode reflectir-se de forma negativa na integração do idoso numa realidade que lhe é estranha. Constata-se a existência de uma grande diversidade de pessoas residentes em lar. As interações entre os idosos institucionalizados, são marcadas pela conflituosidade ou pela indiferença. É frequente o idoso considerar que a convivência com os outros é pouco proveitosa, e que de um modo geral tem poucos interesses em comum que lhes permitam manter uma conversação amigável (Cordeiro 2000, Gomes 2008, Rodrigues 2007).

### 2.3.3- Satisfação

Apesar das evidências de insatisfação patentes nos indicadores anteriores da subcategoria “Constrangimentos”, existem também relatos de elevada satisfação com a instituição na sua globalidade. Em certa medida, alguns dos aspectos desta satisfação contrapõem os aspectos menos positivos atrás referidos.

Para alguns idosos na expressão “**É tudo bom**” {6} resume-se a experiência de estar no lar e as mudanças ocorridas na vida, ainda que esta expressão seja muitas vezes o início da resposta a um tópico da entrevista, que depois se especifica melhor, até apontando indirectamente alguns aspectos que contrariam esta “satisfação total”:

*para mim é tudo bom...* (Felício, 88 anos, solteiro; Piedade, 79 anos, viúva)

*Oh filha o lar é muito bom... tem tudo de qualidades, do melhor*  
(Helena, 83 anos, viúva)

*é muito melhor [que estar em casa] (...) em tudo... (...) nem sei em que é que hei-de pôr defeito* (Inácia, 92 anos, viúva)

Outros idosos especificaram um elemento institucional que parece fazer bastante diferença, que é a **Boa relação com as funcionárias {10}**, designando-as de amigas e apreciando as suas demonstrações de simpatia, carinho, atenção e delicadeza:

*Dei-me bem, portanto as pessoas são minhas amigas, principalmente as Dr.ªs todas, são muito minhas amigas (...). Todos do pessoal tudo é meu amigo (...) todas elas me beijam todas elas me abraçam...*

(António, 86 anos, viúvo)

*são uma maravilha as empregadas, são muito boas e o trato é bom*

(Carmina, 93 anos, viúva)

*são todos muito carinhosos muito* (Otília, 88 anos, viúva)

*também gostei da maneira das empregadas (...) são minhas amigas!*

(Berta, 82 anos, viúva)

Se atrás foi referido por alguns idosos que eram impostas algumas restrições às suas liberdades pessoais, como por exemplo ter rendas em cima dos móveis do quarto, outros testemunhos indicam estar satisfeitos com a **Personalização {2}** que é permitida desses seus espaços pessoais:

*Tenho objectos, minhas coisas... meus objectos, os meus adornos, das paredes, quadros...* (António, 86 anos, viúvo)

*tenho o meu quatinho, tenho lá televisão e tudo... (...) desde sempre que trazemos as nossas coisas (...) estou ali como se estivesse na minha casa...* (Natércia, 92 anos, viúva)

Finalmente dá-se conhecimento do sentimento de **Felicidade {6}** com o actual modo de vida por parte de alguns idosos, que chegam a referir que foi Deus que os conduziu a essa escolha bem sucedida e a entender o lar como um espaço familiar:

*aqui sinto-me feliz!* (António, 86 anos, viúvo)

*olhe... eu estou bem...* (Berta, 82 anos, viúva)

*eu para dizer com franqueza, sinto-me bem aqui...* (Albertina, 78 anos, casada)

*“Oh mãe diga-me a verdade olhe se não está bem, está a tempo de ir para ao pé de nós, não está aqui obrigada não, está aqui só até querer!” ... e eu dizia ... “Não filho eu estou bem... e estou... graças a Deus estou bem!”...* (Carmina, 93 anos, viúva)

*Deus iluminou-me, de eu tomar em vir para o lar* (Helena, 83 anos, viúva)

*isto é uma família...* (Ivo, 85 anos, viúvo)

Ainda que em alguns casos, esta felicidade ou satisfação seja mais um sinónimo de **Habituação {2}** do que propriamente felicidade:

*primeiro custou, mas depois a gente até gosta de cá estar, quando vou a casa da minha filha estou morta por vir para o lar* (Felicidade, 93 anos, viúva)

*agora já estou habituada... agora já gosto...* (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)

Os idosos entrevistados avaliam a sua estadia no lar como positiva, em que referem ser tudo bom. A relação com as funcionárias é considerada boa, prestando cuidados personalizados. As respostas transmitidas pelos idosos estão de acordo com o estudo de Cordeiro (2000).

Das avaliações realizadas pelos idosos sai reforçada a tese defendida por Fernandes (1995) de que na actualidade as instituições já se preocupam com a formação do pessoal: as imagens construídas pelos idosos são positivas, mas continuam revestidas de cariz protector. Os nossos resultados podem ser explicados, na minha perspectiva, por estarmos perante um meio rural em que os idosos já conheciam a instituição e respectivas funcionárias.

Contrariamente, o estudo desenvolvido por Rodrigues (2007), mencionava poder de controlo e cuidados standardizados pelas funcionárias aos idosos.

A habituação mencionada pelos idosos corrobora com Sousa (2004), que refere que a institucionalização conduz no idoso a aceitação, tendo em conta os aspectos positivos: segurança e apoio.

#### 2.3.4- Ligação familiar

Nesta subcategoria constam indicadores referentes à rede familiar, à manutenção ou não da proximidade e da responsabilidade dos familiares. De outra forma pode dizer-se que retrata-se a forma como a ida para o lar influenciou ou não a ligação do idoso com a sua família.

Assim verifica-se a **Manutenção da Ligação {18}** com os familiares na maior parte dos casos, com relatos de visitas frequentes ao lar e reuniões familiares em momentos mais especiais ou durante os fins-de-semana. Verifica-se também que em determinados casos nem mesmo a distância impede a manutenção desta relação:

*Todos os fim de semana, e até às vezes, durante a semana deslocavam-se de Lisboa para me vir visitar... (Carminda, 93 anos, viúva)*

*eu vejo os meus filhos quase todos os dias... (Piedade, 79 anos, viúva)  
o meu genro vem-me buscar todos os Domingos para almoçar com ele... em vez de virem visitar-me a mim vou eu a eles, ver os netos que lá tenho (Bernardo, 90 anos, viúvo)*

*quando vêm a Portugal vem sempre ver-me (...) todos os dias as minhas filhas me chamam [telefonam] (Manuel, 79 anos, viúvo)*

No pólo oposto verifica-se o **Afastamento {10}** gradual ou a sua manutenção por parte dos familiares de um grupo ainda considerável dos idosos da amostra, com a realização de poucas ou mesmo nenhuma visitas, com relatos marcantes, que muitas vezes foram permeados por choro ou rancor durante as entrevistas:

*esta [sobrinha] de Sangalhos ainda veio cá umas três ou quatro vezes, mas a da Moita nunca veio cá (António, 86 anos, viúvo)*

*não vem [filho]... só de ano a ano! (...) telefona-me uma vez por outra... (...) só quando... é por o Natal, mas ele ainda não me disse nada... (...) o ano passado fui, agora como eu me encontro doente... não sei se ele me quer levar (Guilhermina, ± 90 anos, mãe solteira)*

*mas já há um tempinho que não vem cá (...) eu estou cá há 18 anos... a I. [filha] veio duas vezes, e o A. [filho] veio só uma vez. (...) a minha enteada é que vem cá mais vezes, mas agora coitada, já está velhota (Natércia, 92 anos, viúva)*

*passa-se um ano que não os vejo, e moram todos aqui perto (João, 84 anos, viúvo)*

*o de Lisboa é quase só de ano a ano no Natal... Eu ia passar o Natal, mas nem o ano passado (Otília, 88 anos, viúva)*

*tou aqui como um cãozito (Ezequiel, 74 anos, casado)*

*e eu... desprezado... desprezado... desprezado... (João, 84 anos, viúvo)*

As visitas até podem realizar-se, no entanto mantém-se o sentimento de vazio e o afastamento por parte da pessoa idosa e institucionalizada: *olhe o meu filho veio cá, fez no domingo 15 dias, mas vêm ao sábado e vão ao domingo (choro)* (Guilherme, 86 anos, casado).

No que respeita ainda à forma como a ligação familiar foi afectada pela institucionalização, verifica-se que alguns idosos continuam a sentir **Apoio {16}** dos filhos/familiares, ajudando-os na resolução de assuntos pessoais, acompanhando-os a consultas de saúde, ou ainda trazendo-lhes suprimentos para a vida diária como fruta, roupas ou produtos de higiene, demonstrando claro interesse pelo bem-estar.

*ele [irmão] é que me trata das coisas (Felício, 88 anos, solteiro)*

*a minha filha traz (...) traz umas bolachas, bolos, champô... traz aqueles pensozitos, para por na cueca..... (Joanina, 68 anos, viúva)*

*levava-me [filho] ao médico, (choro), tudo o que eu precisava ele fazia, e continua a fazer... (Maria, 77 anos, viúva)*

Em sentido contrário existem também familiares em que parece existir uma **Desresponsabilização {11}** quase total neste apoio, transferindo-se a responsabilidade por todos estes aspectos para a instituição:

*não há qualquer relação com eles! Nada!* (António, 87 anos, viúvo)

*tratar de coisas que é preciso, se preciso de ir as finanças ao registo civil(...) é a instituição que faz (...) bem quando o meu genro era vivo foi ele que me levou à 1ª consulta para ser operada, mas depois, é o lar que têm tratado dos assuntos.* (Albertina, 78 anos, casada)

*ele e a mulher... levavam a gente a Coimbra sempre... não era preciso o carro daqui... agora já é o carro daqui... para eles não correrem muito para aqui*

A família agora não participa em nada dessas coisas?

*Não a minha não...* (Daniel, 95 anos, casado)

*quando eu preciso de ir... quando há uma coisa... uma consulta qualquer é que vem uma empregada levar-me*

Então e ele só trata das questões económicas é isso?... só trata dos aspectos do dinheiro... tudo o resto é a instituição que trata?

*Pois é...* (Eva, 92 anos, viúva)

As relações familiares estabelecidas com o idoso institucionalizado permitem manter múltiplas relações afectivas, de amizade, apoio e protecção entre os elementos que constituem o núcleo familiar, assim como perpetuar o contacto com toda uma vivência passada.

As visitas são um sinal importante da manutenção de ligações externas com as pessoas relevantes da sua vida não institucional. Estas, assumem particular importância, não só pela manifestação de afecto mas também pelas ofertas que fazem parte e as conversas que possibilitam. A saída do lar na companhia de um filho é algo que representa vantagens suplementares relativamente àqueles que recebem apenas visitas no lar (Gomes, 2008). Pode afirmar-se que a participação da família no processo de institucionalização

processa-se a vários níveis, desde visitas, saídas conjuntas do lar, levando o idoso em épocas festivas, acompanhamento e conhecimento das instalações, esclarecimento de dúvidas sobre funcionamento da instituição, acompanhamento do familiar ao médico, colaborando na tomada de decisão (Sousa, 2004).

No nosso estudo constatou-se que a maior parte dos idosos recebem visitas com regularidade, sobretudo dos filhos ou familiares mais próximos. Os resultados reiteram com Rodrigues (2007), que constatou que quase a totalidade dos idosos recebiam visitas dos filhos e outros familiares com quem mantêm ligações. Alguns demonstravam que as visitas não eram com a regularidade que desejavam, contudo desculpabilizam os familiares dessa situação referindo que têm a própria vida deles.

Porém, muitas vezes a família pensa que pelo facto do idoso ter uma pessoa para lhe dar comer, beber, cuidar da higiene, é o suficiente para que este se sinta bem. Perante tal constatação, verificamos pouca preocupação por parte de alguns familiares relativamente aos cuidados ao idoso tal como Cordeiro (2000).

#### 2.3.5 - Sofrimento existencial

Nesta última subcategoria abordam-se sentimentos que geram sofrimento interior, que colocam em causa o sentido da vida e a existência e que se relacionam com o sentimento de inutilidade e com a morte de familiares.

Relativamente ao **Sentimento de inutilidade {4}**, algumas idosas referem que em casa realizava algumas tarefas domésticas que agora não realizam, actividades que ainda gostavam de desenvolver. Outras idosas lamentam a perda de capacidades que as conduziu ao lar, onde se sentem sem “utilidade”:

*lavava lá a roupa, passava lá a ferro... e olhe agora estou aqui não faço nada (Berta, 82 anos, viúva)*

*gostava muito de limpar a casa coisa que eu fazia todos os dias. Agora olhe... Custa-me e andar... lá no 1.º andar em cima, falo a uma mulher e ela lava-me lá... se pudesse limpava tudo com a esfregona não tenho problema nenhum... (Maria, 77 anos, viúva)*

*eu não sei explicar, porque eu recorda-me a vida que tinha... sinto saudades... compreende (Otilia, 88 anos, viúva)*

*ponho-me a pensar “Ai Senhor, se eu tivesse a minha vista boa, não estava aqui (...) uma pessoa nova ainda...”(Joanina, 68 anos, viúva)*

Finalmente aborda-se o sofrimento existencial sob a perspectiva da **Viuvez e Luto {4}** que ao longo do ciclo vital afecta todas as pessoas, geralmente com um aumento gradual da sua presença à medida que a pessoa se aproxima da “terceira” e “quarta” idade, pela morte de entes queridos:

*(...) depois do meu marido faltar, é que eu chorei muito. (Joanina, 68 anos, viúva)*

*há sete anos que o meu marido morreu... eu depois não tinha apetite para nada... (Maria, 77 anos, viúva)*

*depois que ele morreu nunca mais... nunca mais fiquei boa (Maria, 77 anos, viúva)*

*tinha dois filhos infelizmente... perdi um à pouco tempo (choro) (...) era Dr. de História (soluçando)... (...) o meu menino (soluços/choro) (Carmina, 93 anos, viúva)*

De referir que no estudo de Guedes (2007), as actividades de lazer nos idosos são muito reduzidas, quase a totalidade viam televisão. O nosso estudo detecta esta situação de modo residual, pois como já foi mencionado anteriormente os idosos estão satisfeitos com as actividades ocupacionais desenvolvidas.

No entanto, este sofrimento existencial, na nossa perspectiva ocorre porque a ida dos idosos para a Instituição conduz a que os contactos com o exterior sejam reduzidos, e consequentemente a sua participação na vida social. Muitos idosos não se sentem satisfeitos com a sua vida na instituição, adoptando os sentimentos de inutilidade e incapacidade.

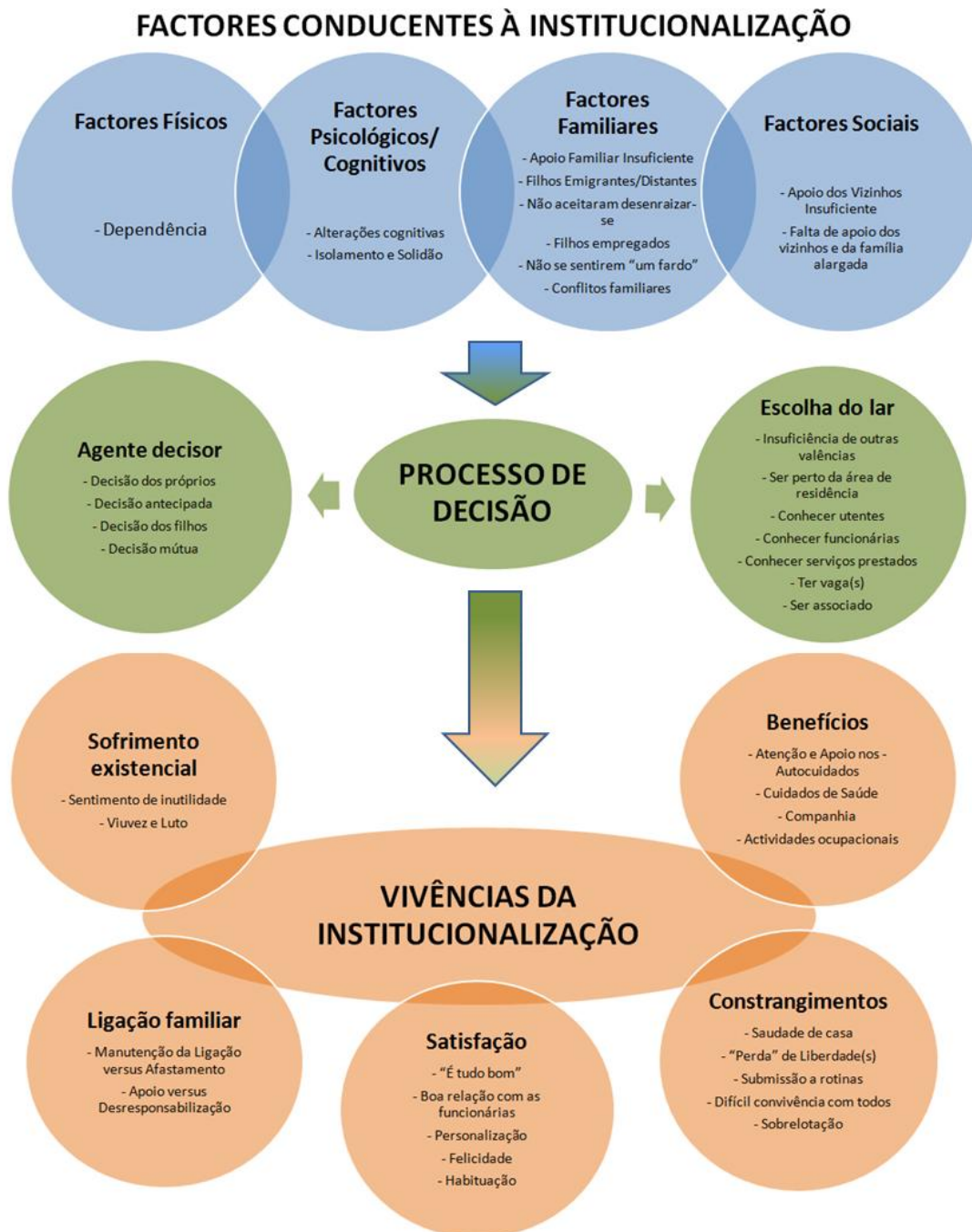
As actividades diárias que o idoso praticava em casa, no lar são desenvolvidas na sua maioria pelas funcionárias: cozinhar, lavar a roupa, limpar o quarto. Esta situação propicia a que às vezes é exigido tão pouco que os internados, frequentemente pouco

instruídos para actividades de lazer sofrem extraordinário aborrecimento e conseqüente sentimento de inutilidade (Goffman, citado por Rodrigues, 2007). Na população estudada isto pode ser um factor de peso nestes sentimentos, pois trata-se de uma população rural onde predominam a agricultura e trabalhos domésticos como actividades profissionais destes idosos.

Além disso, estamos perante idosos de um meio rural em que o trabalho, constituía uma forma de afirmação, e a perda de capacidades para eles conduz ao sentimento de inutilidade, pela imagem de inválido por não conseguir desempenhar tarefas.

Descritos os significados decorrentes do processo de análise, estruturados em três categorias, representadas esquematicamente de forma separada, importa agora deixar uma perspectiva global do fenómeno, que integra os três esquemas, que se relacionam e se condicionam mutuamente (Figura 5).

Figura 5 – Estrutura do fenómeno da institucionalização do idoso



Em síntese, um conjunto de factores inter-relacionados, despoletados pela dependência e onde se inclui em grande medida a solidão e a falta de capacidade dos familiares para cuidarem dos idosos levam à institucionalização. Em alguns casos o Centro de Dia é a melhor opção, mas com o agravamento gradual da dependência, tem que ser tomada a decisão de ir para o lar. A decisão pode partir dos familiares, geralmente dos filhos, como motor impulsionador tentando sensibilizar o idoso para a necessidade da

institucionalização ou então dos próprios idosos. Outras vezes, os relatos indicam uma tomada de decisão conjunta. Para a escolha do lar verificou-se ser importante que este seja na área de residência, o que aumenta a probabilidade de ter utentes e funcionários conhecidos. Muitas vezes, a falta de vaga condiciona esta escolha, sendo que ser associado facilita o acesso. Relativamente às modificações na vida dos idosos pelo facto de viverem num lar, verificaram-se como principais benefícios o maior apoio nos auto cuidados, a maior atenção e companhia e disponibilidade de cuidados de saúde. Como inconvenientes ou constrangimentos, os principais são a saudade de casa, a difícil convivência com alguns idosos e a perda de liberdade(s). Ainda assim, a maioria dos idosos entrevistados revelou alguma forma de satisfação com a instituição, estando satisfeitos com a opção tomada. Verifica-se também, que a institucionalização pode afectar a ligação familiar em determinados casos, aumentando o distanciamento e a desresponsabilização por parte dos familiares. Por fim, revela-se o sofrimento existencial de alguns idosos, com sentimentos de inutilidade e sofrimento pela viuvez e luto, que não sendo directamente relacionado pelo facto de viverem no lar, também influencia essa experiência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES FUTURAS

No último século, o envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar. Visualizando-se nos actuais padrões demográficos um aumento consistente das gerações mais velhas, reforça-se a importância da promoção do seu bem-estar e da qualidade de vida.

A família sofreu inúmeras alterações, verificando-se a entrada da mulher no mercado de trabalho, migrações no intuito de melhorar as condições de emprego e diminuição da dimensão dos agregados familiares. A família nuclear assume grande relevo, alterando-se as dinâmicas familiares. Aliado a estas mudanças familiares, também a degradação das condições de habitação, desadaptação das casas às necessidades dos idosos e debilidade na sua saúde, associado ao facto dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser insuficientes para garantir a manutenção do idoso no domicílio tem conduzido ao aumento da institucionalização.

Face às mudanças ocorridas na nossa sociedade, os familiares do idoso abandonam a função de cuidadores regulares assumindo-se como mediadores de cuidados, devido à sua indisponibilidade para cuidar do idoso.

Assim factores relevantes levam o idoso e família a optarem pela institucionalização. A opção pela institucionalização surge como uma garantia de segurança e qualidade de vida para o idoso face a um futuro difícil em caso de dependência em que é reconhecida a insuficiência de apoios informais.

Este estudo pretendeu compreender como se processa e é vivida a institucionalização do idoso no concelho de Anadia.

O concelho de Anadia, tal como acontece no Continente, apresenta um envelhecimento da população, com uma predominância do sexo feminino nas classes a partir dos 64 anos. Os seus índices de Envelhecimento e Dependência dos Idosos são superiores comparativamente com o Continente.

O estudo percorreu todas as instituições do concelho, auscultando 28 idosos. Verifica-se por referência à população estudada que relativamente aos factores conducentes à institucionalização constata-se a existência de factores físicos; factores psicológicos; factores familiares e factores sociais. A *dependência* foi enunciada como a grande causa de ordem física, que conduz à necessidade de procurar ajuda, que culminou nestes casos na ida para um lar. Também a vida em casal, leva a que muitas vezes cuidar

do cônjuge com dependência total seja impossível de lhe assegurar todos os cuidados. O *Isolamento e Solidão*, sobretudo após a viuvez e as *alterações cognitivas* associadas à incapacidade de gestão de medicação foram os factores psicológicos que se evidenciaram mais no discurso dos idosos.

No que diz respeito aos *factores familiares*, os idosos *sentiam apoio familiar* antes de ingressarem na instituição, contudo este apoio revelou-se insuficiente, decorrente de todas as alterações familiares existentes. Verificámos que muitos idosos tinham os *Filhos emigrantes/ distantes* não tendo portanto a possibilidade de lhes prestar todo o apoio necessário. Contudo em alguns destes casos, os filhos que vivem longe demonstraram vontade que os seus pais se deslocassem da sua aldeia e fossem viver com eles, mas estes não aceitaram desenraizar-se, preferindo o lar local. Noutros casos foi a indisponibilidade de tempo, porque os *filhos empregados* não conseguem disponibilizar-se, decorrente dos estilos de vida actuais, em que como Sebastião (2002) refere, a imagem da família tradicional em que conviviam os avós, pais, filhos e netos na mesma casa tende a alterar-se devido a factores de migração em que os jovens se afastam dos meios rurais para grande cidades e os idosos permanecem em locais onde sempre viveram, subsistindo a solidão que adoptam pela melhoria da qualidade de vida. Esta alteração de valores na sociedade e mudança de estilos de vida, conduz a que os idosos preferissem o Lar do que tornar-se um peso na vida dos seus familiares. Outra ordem de dificuldade situa-se no tipo de relações, existindo *conflitos familiares* decorrentes do tipo de relação que o idoso mantinha com a família ao longo do seu percurso de vida.

Relativamente aos *factores sociais*, era denotado *apoio dos vizinhos*, mas *Insuficiente*, resumindo-se muitas vezes a chamar por socorro numa situação de queda ou de doença súbita. Sendo o apoio maior, com grande entreatajuda em situações de dependência, nomeadamente em situação que os cônjuges ficavam “acamados”.

A *tomada de decisão de institucionalização*, em que abordamos o agente decisor da ida do idoso para o lar e em que moldes se processou essa decisão, constatámos nos discursos dos idosos, que em várias situações esta foi uma *decisão dos próprios* ainda que se perceba um processo de negociação com os filhos. Noutros verificámos que foi uma *decisão antecipada* em que assumiram a ida para o Lar ainda antes de ficarem dependentes, porque anteviam essa dependência como muito provável. A *decisão por parte dos filhos*, sendo estes os impulsionadores, sensibilizando os idosos para a necessidades de institucionalização, decorrentes de uma série de factores, nomeadamente o

agravamento da dependência, a solidão e a distância a que viviam dos pais que os impossibilita de lhes prestar o apoio necessário, também foi mencionada pelos idosos. A *decisão mútua* entre os idosos e os familiares foi outra das situações referidas.

Perante a necessidade de recorrer a apoio formal decorrente de todos os factores anteriormente mencionados, surge a necessidade de *escolha do equipamento* mais adequado ao idoso. Nos seus discursos, os idosos consideram que a opção recai no *lar* sobretudo pela insuficiência de outras valências em suprir as necessidades nos auto cuidados ou nos cuidados em situações de elevado grau de dependência dos cônjuges. Tendo em conta, o tipo de serviços prestados, o Lar é aquele que melhor responde às necessidades dos idosos com progressiva perda de capacidades e escassez de apoio familiar e de vizinhos.

A escolha do lar pretendido recai sobre a *proximidade geográfica*, isto é, Ser perto da área de residência, pois é naquele local que sempre viveram e onde mantêm ligações a outras pessoas e às suas coisas, especialmente à casa. Como refere Rodrigues (2007), a sua casa está também inserida numa comunidade, conjugando-se num ambiente de rotina e conhecimento, cuja ruptura implica alterações nos estilos de vida

Além disso, e tendo em conta que se trata de um meio rural, o *conhecer utentes e funcionários* foi um aspecto facilitador na adaptação do idoso ao lar. É de referir que alguns idosos antes de ingressarem em lar já estavam em Centro de Dia o que lhes permitiu conhecer os serviços prestados. Actualmente ainda se constata, embora o crescente aumento de equipamento de apoio ao idoso, uma escassez conduzindo a que alguns idosos entrevistados não tivessem opção de escolha limitando apenas à existência de vaga.

A forma como *o idoso vivencia a institucionalização* foi outro aspecto que pretendemos compreender no nosso estudo. Os idosos referiram como *benefícios* a atenção e apoio nos auto cuidados, que não se limita à assistência nas necessidades físicas, mas também a atenção constante e sensação de segurança transmitida pelas funcionárias. O melhor acesso a Cuidados de Saúde é um benefício muito valorizado. Tendo em consideração que a solidão foi uma das causas do internamento a Companhia e actividades de lazer são também bastante mencionadas pelos idosos.

Pese embora a institucionalização seja benéfica na qualidade de vida do idoso, acarreta sempre alguns *constrangimentos* que vão desde a separação da habitação própria, à alteração dos hábitos de vida, perda de alguma liberdade até à difícil convivência com outros idosos.

Com a institucionalização, verifica-se que a família torna-se mediadora de cuidados, sendo a instituição que assume quase na totalidade, os cuidados ao idoso. A ligação familiar, caracteriza-se por visitas frequentes ao lar e reuniões familiares em momentos mais especiais ou durante os fins-de-semana. Contudo, alguns idosos referem o afastamento da família, relatando a ausência de visitas. Denota-se uma desresponsabilização da família após a entrada do idoso no lar.

Há que referir que muitos idosos evidenciam Sentimento de inutilidade devido à perda de actividades, o que lhes reduz a auto-estima.

Alicerçados os objectivos definidos inicialmente, pode afirmar-se que os resultados foram ao encontro dos mesmos. Considerámos que a realização das entrevistas a idosos, em particular deste meio rural, e o facto do idoso não conhecer o entrevistador o que dificultou o estabelecimento da relação de confiança, foram alguns constrangimentos desta investigação.

Acredita-se que os resultados deste estudo permitirão avançar para investigações futuras, com vista a aprofundar o conhecimento relativo à vivência da institucionalização do idoso, de forma a compreender a relação entre percepção de apoio social e bem-estar subjectivo do idoso, possibilitando que as instituições correspondam às expectativas do idoso e lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

ABOIM, S. (2003) - “Evolução das Estruturas Domésticas” in *Revista Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 43, p.13-30

ALMEIDA, A. J. P. S. (2008) – A pessoa institucionalizada em Lares: aspectos e contextos de Qualidade de vida. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

AMADO, J. S. (2000) - A técnica de análise de conteúdo. *Referência*. Nº 5, Série I, p. 53-64

AMARAL, M. F; VICENTE, M. O. (2000) – Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde pública*. Lisboa ISSN 0870-9025. Vol18, nº 2 (Jul-Dez), p.23-31

BARDIN, Laurence (2007) - *Análise de Conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70

BALDESSIN, A (2000) - O idoso: viver e morrer com dignidade. In M.P. Netto (Org). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (pp. 491-498) São Paulo: Atheneu

BECK, H. (1991) - O envelhecimento e a doença. *Servir*. Lisboa. ISBN 0871-2370. Vol. 39, nº6 (Nov- Dez), p-315-316

BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) - *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta,. ISBN: 972-95399-8-7

BRIS, H.J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social

BRITO, L. (2002) - *A saúde mental dos prestadores de cuidados familiares a idosos*. Coimbra; Quarteto editores

CALADO, D.F. (2004) – Velhice - Solidão ou Vida com sentido? In CALADO, D. F; FERNANDES, A.A.; PEREIRA, M; QUARESMA, M. L. (2004). *O sentido das idades da vida – interrogar a solidão e dependência*. Lisboa: CESDET

CARRILHO, M.J; GONÇALVES, C. (2004) - Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*. INE. Lisboa. Nº36. ISSN 1645-5657

CELMA VICENTE, M. (2001) – Cuidadores Informales en el médio hospitalario. *Revista ROL de Enfermeria*. Barcelona. SIN 0210-5020. Vol 24, nº 7/8 (Jul-Ag), p.21-24

COSTA, A.B. (1998) – *Exclusões Sociais*. Lisboa, Gradiva, Cadernos Democraticos, nº2

COLLIÉRE, Marie-Françoise (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-757-109-3

CORDEIRO, M.P.A.A (2000) - *Navios do tempo entre muralhas: estudo sobre velhos institucionalizados*. Coimbra (s.n): Instituto Miguel Torga, Escola Superior Altos Estudos. Dissertação de Mestrado em Socio-Psicologia da Família

CORREIA, F. I. M. (2008) – *O idoso dependente e a sua integração no seio familiar: constrangimentos e limitações para as famílias prestadoras de cuidados*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

COSTA, A. C; SILVA, M. E. D. (2000) – Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores de idosos cm doença crónica. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN 0871-53-86, Ano 13, nº 126 (Julho), p.15-18

COSTA, M.A. (2002). *Cuidar Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Editora Formasau. ISBN 972-8485-24-7

DECP/Serviço de Estudos sobre a População (2002) – O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*. INE. nº32. Lisboa. ISSN 1645-5657

DOMINGUEZ-ALCÓN, C. (1997) – Familia, cuidados informales y políticas de vejez: In STAAB, A.S; HODGES, L.C.- *Enfermería gerontológica*. México: Mcgraw-Hill. ISBN 0-397-54973-3, p.465-475

DUROZOI, G; ROUSSEL, A. (2000). *Dicionário de Filosofia – Dicionários Temáticos*. Porto Editora. ISBN 972 – 0 – 05270 – 8

DOBROF, R (1997) – Sistemas de suporte social In CALKINS, Evan; FORD, B; KATZ, P.R. *Geriatría práctica*. 2ª ed. Rio Janeiro, Revinter. ISBN 85-7309-175-4. p.53-59

FERNANDES, A. A. (2008) – *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. Edições Colibri.Lisboa. ISBN 978-972-772-825-1

FERNANDES, A. T. (1994) – Dinâmicas familiares no mundo actual: harmonias e conflitos. *Análise social*. Lisboa. ISSN 972-8027-83-4

FERNANDES, P. (2000) – *Depressão no idoso: Estudo da relação ente factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto

FERNANDES, P (2002) - *A Depressão no Idoso*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN:972-8535-61-9

FERNANDES, A. (2004) – Máxima qualidade a pensar nos idosos. *Medicina & Saude*, 7, p.34-37

FESTA, C. (1996) – Família e questões de bioética: a ideia da família em mudança. *Informar*. Porto. Ano 2, nº 5 (Abril-Jun), p.17-24

FIGUEIREDO, D. (2006) - “Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado na família” in *Envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*, Porto, Âmbar, p.51-80

FONSECA, A.M. (2007) – Prefácio In: SOUSA, L; MENDES, A; RELVAS, A.P. – *Enfrentar a velhice e doença crónica*. Lisboa. Climepsi Editores

GALLO, J J., et al (2001) - *Reichel / Assistência ao Idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento*. 5ª ed. Guanabara Koogan. ISBN: 85-277-0671-7

GALVÃO, C (2006) - O Envelhecimento e cuidados geriátricos em Medicina Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Familiar*. nº 22. Lisboa.

GIL, A.P. M. (2007) – *Heróis do quotidiano: Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa. Dissertação de Doutoramento em Sociologia, apresentada na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

GOES, M.M. P; PIRES, A M. B; VIERA, C.M.A (2008) – A Institucionalização dos idosos no Distrito de Beja. Nº 15 (Jul/Agosto/Set). *Revista Portuguesa de Enfermagem*. ISSN:0873-1586

GOMES, C. P.B. (2008) - *Representações sociais dos Lares de Idosos: uma incursão dinâmica no concelho de Viseu*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

GONÇALVES, C (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*. INE. nº 34. Lisboa. ISSN 1645-5657

GUEDES, J. M. T. M. (2007) – *O internamento em lar e a identidade dos idosos*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

GUILLEN LLERA, F. (1994) - Demografia del envejecimiento, In: GUILLEN LLERA, F; MOLINO MARTINS, J P del – *Síndromes y cuidados e el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson. ISBN 84-311-0691-3, p.3-9

IMAGINÁRIO, C (2008) – *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2ª Edição. Formasau. Coimbra. ISBN: 978-972-8485-94-8.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999). *As gerações mais idosas*. Serie de estudos, 81

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003b). *Estatísticas de saúde 2001*. Lisboa: INE

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007) – *Portugal social 1991-2001*. (em linha) <http://www.ine.pt/> (consultado em 20/10/2008)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007) – *Censos 2001*. (em linha) <http://www.ine.pt/> (consultado em 20/10/2008)

JACQUES, M.E. (2004) – Ser Idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. *Sinais Vitais*, 55, p.34-37

LAGE, I. (2005) - Cuidados Familiares a Idosos In Paúl, C e Fonseca, A. (cord), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, Climepsi, p.203-229

LENOIR, R (1979) - L'invention du troisieme age; constitution du champ dès agents de gestion de la vieillesse, *Actes de la recherche en sciences sociales*, p.26-27

LEME, L.E. G; SILVA, P. S. C. P. (2000) – O idoso e a família In NETTO, M. P. - *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. ISBN 85-73779-109-8, p.92-97

MACHADO, A (2003) - Evolução das estruturas de suporte e equipamentos sociais. In *Futurando* nº 8/9/10. Dezembro 2003, pp 7-10. CESDET

MINUCHIN, S (1990) – *Famílias funcionamento e tratamento*. Porto Alegre. Artes médicas

MAUSNER, J; KRAMER, S.S. (2004) - *Introdução à epidemiologia*. 3ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian

MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL (2006) – *Plano nacional de acção para a inclusão 2006-2008*. Lisboa MTSS

MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL (2007) – *Carta Social: rede de serviços e equipamentos* 2005. Lisboa: DGEEP

MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL. *Despacho Normativo nº 62/99- Aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário*. Diário da República, 1ª série B, 12 de Novembro de 1999, p.7960-7965

MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL. *Despacho Normativo nº 12/98- Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos*. Diário da República, 1ª série B, 25 de Fevereiro de 1998, p.766-775

MORAGAS, R. (1997) – Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Edições Paulinas. ISBN 85-7311-715-X

NATÁRIO, A. (1992) – Envelhecimento em Portugal uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa ISSN 08070-9205, Vol 10, nº 3 (Jul-Set), p. 47-56

NAZARETH, J.M. (1994) – O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Revista Geriatria*. Lisboa. ISSN 0871-5386. Ano 7, nº 64 Abril, p.5-17

NUNES, M. P. (2005). O Envelhecimento no Feminino – Um desafio para o novo milénio. Coleção Informar as Mulheres, nº22. Distribuição feita por: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Lisboa. ISBN 972-597-272-4

PAEZ, M.T.C; MORENO, G.P; POLO, S.A; ARROYO, G.P; REGUILON, D.A & LORENZO, M.J.L. (2002). EL anciano golondrina en la consulta de atención primaria. *Medicina geral*, 49, 887-879

PALMA, E.M.C. (1999) – Enfermagem agora: a família com idoso dependente que expectativas?. *Revista de Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775, nº 15, 2ª série (Jul-Set), p.27-40

PASCHOAL, S.M.P. (2000) – Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Dissertação de mestrado não-publicada. Faculdade de Medicina de São Paulo

PAUL, C (2005) – Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org). *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247- 268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

PAUL, M.C. (1997) - *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina

PAUL, C; FONSECA, A.M. (2005) – *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 2ª ed. Lisboa. Climepsi Editores

PERRACINI, M. R. (2006) - Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas In E.V. Freitas, L; F.A.X Cançado, J. Doll, & M.L. Gorzoni – *Tratado de Geriatria e Gerontologia* .2ª ed, Rio Janeiro: Guanabara Koogan

PIMENTEL, L (2001) – Ser pessoa em qualquer idade: o envelhecimento enquanto problema social e individual. In *Seminário Envelhecimento em Debate*. Câmara Municipal de Loures, p.1-7

PIMENTEL, L (2001) - *O Lugar do Idoso na Família*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora

PINTO, S (1994) – Abordagem ao papel e funções da família face à pessoa com deficiência e a celebração do AFI. Hospitalidade. *Mem Martins*. ISSN. Ano 58, nº 227-228 (Abr-Set), p.47-55

PINTO, A M (2001) - *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto. ISBN 972-8535-86-4

PORTUGAL, S M S J M (2008) – *O estatuto Cultural, Económico e Social e sua influência na inserção em Lar*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

RELVAS, A.P. (1996) - *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto. Afrontamento. ISBN 972-36-0415-2

RODRIGUES, L.P. (2007) – *Depressão em Idosos Institucionalizados em Lar*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

SANTOS, P.F.C (2000) – *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora

SANTOS, A.C.A. (2006) – *O arquivo vivo da sociedade: estudo em idosos institucionalizados*. Coimbra. Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias Psicossociais apresentada no Instituto Superior Miguel Torga

SANTOS, F; ENCARNAÇÃO, F (1998) – *Modernidade e gestão da velhice*. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. *Centro Regional da Segurança Social*. Algarve: GrafiGlobo

SARACENO, C. (1997) – *Sociologia da família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento. ISBN 972-33-1235-2

SEBASTIÃO, M.L.V. (2002) – O homem a envelhecer – o Outono da vida: a perspectiva de enfermagem. *Geriatrics*. Nº15 p. 31-35

SEQUEIRA, C.(2000) – *Cuidar de idosos dependentes: diagnóstico e intervenções*. 1ª Edição. Quarteto. ISBN: 978-989-558-092-7

SILVA, A., [et al] (1995) – O papel da família no idoso. *Informar*. Porto. Nº 11 (Out-Dez), p.9-13

SILVA, L. F. (2001) – *A acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta

SIMÕES, A. (2006) - *A Nova Velhice – Um novo público a educar*. 1ª Edição. Porto: Editora Âmbar. ISBN 972-43-1059-0

SOUSA, L. FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M (2004) - *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar

SOUSA, L (2004) - Ciclo (Final) de Vida Familiar. In SOUSA, L; FIGUEIREDO, D; CERQUEIRA – *Envelhecer em Família Os cuidados familiares na Velhice*. 1ª ed. Porto, Editora Ambar, pp.13-58

SOUSA, L (2004) – O recuso aos Apoios Formais: a Família, o Idoso e os Cuidadores Formais . In SOUSA, L; FIGUEIREDO, D; CERQUEIRA – *Envelhecer em Família Os cuidados familiares na Velhice*. 1ª ed. Porto, Editora Ambar, pp.95-141

STREUBERT, H; CARPENTER, D. (2002) - *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures. Lusociencia. ISBN: 972-8383-29-0

VALA, J.(1986) – A análise de conteúdo. In SILVA, A. S. e PINTO, J.M (org.) - *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento

VALENTE, P (2001) - Riscos da Institucionalização do Idoso. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica - Geriatria*, Coimbra, nº 133 (Abril). ISSN: 0871-5386 p.16-20

WILSON, C. (2006) – “*The century ahead*”, *Daedalus*, p.5-8

**ANEXO I**  
**GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS**

## GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS

### 1 - Elementos identificativos/ Caracterização do Idoso

Nome

Idade

Profissão desenvolvida na vida activa

Estado civil

**Situação socioeconómica/ recursos financeiros usufruídos** (reforma, pensão social, rendas, outros rendimentos)

**Problemas de saúde** (avaliação grau de dependência, segundo o Índice de Katz)

### 2 - Rede familiar

Caracterização do agregado familiar do idoso antes da Institucionalização

Parentesco	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Situação face ao emprego

Relação com os filhos (proximidade, frequência de contactos, tipo de contactos, apoio prestado, regularidade de apoios)

Outros apoios (familiares, vizinhos) – níveis de apoio

### 3- Tomada de decisão da institucionalização e Agentes intervenientes

Forma como foi planeada a vinda para a Instituição (opção própria, influência familiar)

Razões inerentes á opção de Institucionalização

- **Dependência (perda de autonomia)**
- **Isolamento e solidão** (perda de amigos, viuvez, viver só)
- **Rede de vizinhança** (tem vizinhos que o apoiavam, visitavam, faziam companhia..)
- **Rede familiar** (Escassez apoio familiar)
- **Constrangimentos decorrentes da vivência conjunta**
- **Razões inerentes ao espaço institucional**

Razões inerentes á Escolha do Equipamento Lar

(serviço prestado, insuficiência de outras redes de apoio)

#### **4 – Processo de Institucionalização**

Conhecimento prévio da instituição por que meios (informações possuídas, conhecimento de utentes da instituição)

Mecanismos relacionados com o processo de Institucionalização (processo de integração do utente no Lar)

#### **5 – Vivência em Instituição**

Serviços prestados pela Instituição (dimensão do apoio institucional, que serviços a instituição presta que a família não proporciona)

Avaliação do processo de institucionalização:

*Vantagens* (físico, relações sociais, ocupação/animação)

*Constrangimentos* (relação com os utentes, funcionamento da Instituição, relacionamento com familiares)

Articulação entre rede formal e informal (envolvimento da instituição e família em acções, níveis de articulação)

**AValiação Funcional do Idoso – Índice de Katz (A.V.D.)**

**1. Lavar-se**

- Toma banho, sem necessitar de qualquer ajuda
- Precisa apenas de ajuda para lavar alguma parte do corpo
- Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

**2. Vestir-se**

- Apanha a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- Precisa de ajuda para apanhar a roupa e não se veste por completo

**3. Utilizar a sanita**

- Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda
- Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- Não consegue usar a sanita

**4. Mobilizar-se**

- Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- Não se levanta da cama

**5. Ser continente**

- Controla completamente os esfínteres, anal e vesical, não tendo perdas
- Tem incontinência ocasional
- É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

**6. Alimentar-se**

- Come sem qualquer ajuda
- Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
- Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente

Nível \_\_\_\_\_

PONTUAÇÃO	
<b>0-2</b>	Dependência Total
<b>3-4</b>	Dependência Parcial
<b>5-6</b>	Independência

**ANEXO II**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Consentimento Informado**

Eu, Inês Alves Duarte, Mestranda em gerontologia Social pelo Instituto Superior Bissaya Barreto, venho por este meio solicitar colaboração para a realização de um estudo intitulado *Factores que conduzem à Institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia*.

Todos os dados colhidos neste estudo serão tratados de forma confidencial.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária.

Tomei conhecimento do estudo e aceito participar no mesmo

---

**ANEXO III**  
**ANÁLISE DOS DADOS**

## FACTORES CONDUCENTES À INSTITUCIONALIZAÇÃO

### Factores Físicos

#### **Dependência {22}**

- E 01: A decisão de vir para um lar foi um ataque de dor que deu a minha mulher... do coração, que ela sofria muito do coração. E eu chamei a ambulância, e foi para o hospital, da Anadia e na Anadia teve lá dez dias, e a Dr.<sup>a</sup> quando era para lhe dar alta, chamou-me ao gabinete dela, e disse: “olhe a sua senhora não pode fazer nadinha, o coração dela está muito (...) eu sei que os senhores tem, um apartamento no lar de Sangalhos, eu aconselho-vos a ir para lá, a sua Sr.<sup>a</sup> não pode fazer nadinha, nadinha”. Portanto ela telefonou para aqui, foram-nos lá buscar directos para aqui...
- E 02: cada vez podia menos trabalhar, até que de momento eu fiquei caída, que nem lavar dois pratos eu podia, era eu e o meu marido, encostado ao lava loiça, eu passei tantas dores...
- E 03: não era capaz de cuidar do meu marido...
- E 04: a minha mulher passou para a cadeira agora, e então eu vim para aqui...
- E 05: porque lembrei-me que estava a ficar presa... depois queria entrar e não podia...
- E 06: e depois... caia! (...) começaram a dar-me os ataques e eu tive que arranjar um lar...
- E 08: para ela era melhor... e por causa dos medicamentos que ela toma muito medicamento ... e para controlar os medicamentos e essas coisas é preferível estar aqui ... não podia nem comer nem nada... (...) então ela partiu uma perna duas vezes e depois teve de por uma prótese em cima
- E 09: caí... estive no hospital 8 dias.. e ao fim de 8 dias resolvi vir para aqui... (...) porque eu não podia... já não posso fazer nada... aleijei-me muito, na cara e assim... e não podia fazer nada... e resolvi vir para aqui ...
- E10: se não tivesse vindo para aqui... Mais valia estar no cemitério (...) porque para estar sozinha em casa da maneira que ela está...
- E11: o meu marido já estava muito caído, quando viemos para o lar
- E12: já não estava capaz...
- E13: tinha de tomar comprimidos, e já não era capaz de tomar conta...
- E14: porque tive uma noite, o meu falecido, nunca tinha estado doente... e no dia que fez 78 anos, deu-lhe qualquer coisa, e eu vi-o assim mal (...) estive no hospital, e depois ele nunca tinha estado doente, com aquela coisa, da preocupação... adoeci eu e depois não tinha... quem me tratasse (...)
- E15: tive de vir para o lar porque a minha mulher... (...) a minha esposa nem na cama se vira...
- E15: caí em casa outra vez, voltei para o hospital de Coimbra e estive lá á volta de dois meses, aos 40 dias ainda caía
- E16: porque o meu marido já precisava de apoio e eu já não me podia baixar, nem varrer, fui operada a uma costela há 2 anos, fiz fisioterapia 15 dias já por causa dos ossos da coluna.
- E17: eu com a luz acesa... lavava uma louçita, mas o resto não podia varrer o chão porque não vejo para varrer...
- E18: já não podia lavar roupa, fazer o comer já era com muita dificuldade
- E20: eu caí muitas vezes, caí muitas vezes (...) já vim para cá com 42 quilos, que não me metia em pé nem nada.

- E25: a Dr.<sup>a</sup> que me operou (...) disse à minha filha que eu tinha de vir para um lar , ou... ou que eu não podia fazer nadinha. (...) e eu para ficar sozinha, e não podia fazer nada, disse a minha filha que era melhor eu vir para um lar.
- E27: tiraram-me o estômago fora... eu vim para cá por causa disso...
- E28: ela [esposa] ajudava-me a levantar-me a deitar-me e a vestir-me , mas nessa altura ainda andava não é ... ia ao quarto de banho por mim, e até mesmo aqui ainda houve tempo que ia ao quarto de banho por mim...

### **Factores Psicológicos/ Cognitivos**

#### **Alterações cognitivas {2}**

- E13: tinha de tomar comprimidos, e já não era capaz de tomar conta...
- E 8: para ela era melhor... e por causa dos medicamentos que ela toma muito medicamento... (...) e essas coisas é preferível estar aqui...

#### **Isolamento e Solidão {18},**

- E 01: Não tinha contacto... com ninguém...
- E 03: aqui tenho companhia... a companhia das pessoas...
- E 04: sentia-me muito só (...)
- E 05: eu morava só...
- E 06: eu estava como meu marido... e depois ele faleceu e eu fiquei na minha casa um ano... um ano e tal sozinha (...)
- E 07: o convívio, com os outros... é melhor
- E10: convivo mais...
- E11: para não estar lá sozinha vim para aqui para o lar (...) para não ficar fechada sozinha em casa (...)
- E12: morava sozinha...
- E17: eu também não queria estar sozinha não é
- E18: para não estar só
- E19: não sozinho não (...)
- E20: convívio
- E21: estava sozinha (...) o meu marido morreu fiquei aqui sozinha (...) em casa não tinha...  
estava sozinha...
- E24: muito só
- E25: aqui está muita gente têm muito convívio
- E27: aqui tenho mais (...) falo com esta com aquela, ou assim (...) o convívio e outro, né?
- E28: se estivesse em casa estava sozinho,

### **Factores Familiares**

#### **Apoio familiar Insuficiente {10}**

- E 03: ajudavam [os filhos] na lida e quando eu precisava mas ninguém se ia embora sem nos deixar prontos... lá em casa então... tudo o que fosse preciso fazer... tenho um filho que é mecânico e ajudava no que eu precisava e ainda agora arranja-me no que é preciso... (...) e este meu filho ainda mesmo agora depois de sair... do trabalho vai para casa e quando são oito horas ele volta

porque estava acostumado a vir ajudar, a ver o meu homem, gostava de ver, como é que ele ficava de noite, ele precisava de muita posição, pronto vinha sempre cuidar...

E 03: eu tenho 3 irmãs mas duas é que moram encostadinhas a mim... e ajudavam-me!

E 05: eles é que diziam sempre a uma mulherzinha... para cuidar de mim do que fosse preciso... mas pagavam, já se vê... e... pronto não me faltavam com coisa nenhuma...

E 05: estavam sempre a perguntar “a mãe está bem?... mãe veja lá se lhe falta alguma coisa...!”

E 09: ai o meu filho... o meu filho... ia lá todos os dias... de manhã e à noite... se era preciso alguma coisa... se fosse preciso ele fazia... (...) a minha nora!... que é também muito minha amiga...

E11: se eu precisasse de alguma coisa a minha filha ia lá ter a casa comigo ....

E12: ele [filho] costumava ir todos os dias me visitar... e se precisasse de alguma coisa ele fazia-me

E18: o meu filho nunca me faltou, com apoio... apoiava-me em tudo... fazia-me ajudava-me no que fosse preciso... até o comer me ajudava a fazer (...) ele e a família são muito meus amigos

E19: Então era a sua nora, que lhe fazia o almoço, tratava da roupa ,limpeza da casa? Era sim senhor

E22: geralmente quase todos os dias lá iam... passavam por lá (...) no que fosse preciso ajudavam

E24: tive um mês de cama (...) [e a minha irmã] lavava-me na cama e tudo

E25: ajudavam naquilo que podiam (...) a que estava lá em casa ia lá sempre, todos os dias víamo-nos (...) a outra ia duas vezes por semana

### **Filhos emigrantes/ distantes {12}:**

E 02: as filhas não estavam, estavam longe (...) uma está no, a outra esta em Vila Real, e a outra esta no Louriçal

E 06: o meu filho mora em Oeiras...

E 08: tenho 3 no Canada

E10: o mais velho mora em Paredes, e o outro casou na Fogueira mas esta em... na França...

E11: eu tive dois filhos, um está na América, e a minha filha está cá...

E12: tive de vir para o lar porque ele foi para Lisboa

E15: vive em Lisboa a minha filha, e o meu filho está na Covilhã (...) eu vim para o lar porque os filhos estavam longe

E16: um está em Angola (...) os outros... em Viseu, outro em Montemor-o-Velho, outro em Sines

E18: a minha família estava muito longe (...) estava sozinha em casa não é, e foi por isso que eu resolvi vir para o lar

E24: tenho um em Lisboa, e o outro estava em Mortágua

E27: aqui na zona só mora um... não é aqui na zona... é Mortágua (...) o outro esta em Oliveira do Bairro... os outros estão na França

E28: tenho 3 filhas, mas não estão cá... estão ausentes (...) estão nos Estados Unidos...

### **Não aceitaram desenraizar-se {3},**

- E 05: eles diziam para eu ir para lá mas eu não me dava na cidade  
E24: porque eu não gostava de ir para Lisboa, ainda hoje não gosto, nem o Natal, lá vou passar, não é que não seja todo meu amigo  
E28: as minhas filhas queriam me levar para a América e eu não quis ir

### **Filhos empregados {14}**

- E 02: uma tinha emprego a outra também tinha lá umas certas coisas na vida dela que não podia pronto e está a família assim toda longe para andar de um lado para o outro era difícil  
E 03: olhe tomei essa decisão de ir para o lar, porque eu pensei... eles estão todos empregados...  
E 09: pois a família... andavam a trabalhar... o meu filho tem... está a trabalhar por conta dele... tem muito trabalho e não pode andar sempre atrás de mim não é... mas eu reconheço isso né...e as minhas netas estão também empregadas e também tem... cada uma tem um filho...  
E11: ela... tinha lá o trabalho dela (...) porque não podia lá estar, perde o emprego por causa de mim, por isso vim para o lar...  
E12: foi por... o trabalho dele, não dava... para ganhar mais alguma coisa...teve de ir para Lisboa  
E15: o da Covilhã é professor tem de estar todos os dias no serviço.  
E17: os meus filhos tinham o emprego deles não é, e não podia estar em casa porque não tinha ninguém que tomasse conta de mim (...) eu não podia estar sozinha em casa, eles estavam trabalhar  
E18: vive em Coimbra... e eu vivia aqui em Tamengos... mas o meu filho não queria que eu estivesse sozinha  
E19: eles também trabalhavam (...) o meu filho tem a vida dele... trabalha lá nas Almas da Areosa... tem lá um restaurante... e depois tem de levar as coisas para cima e para baixo  
E20: o outro tem uma oficina aberta e não podiam.  
E22: porque eles todos... são casados, as mulheres todas também trabalham... tem emprego não estava ninguém em casa... deixavam de trabalhar para nos aturar... tempo não tinham  
E24: eles tinham a vida deles  
E25: e eu como eles andavam a trabalhar (...) o meu filho andava a trabalhar, as minhas filhas também, a minha nora às vezes também ia assim um dia para a Anadia (...) se andavam a trabalhar... não podiam estar comigo não é ?  
E27: a minha filha não podia tem emprego... os meus filhos tem emprego (...) estavam a trabalhar, e não podiam tomar conta de mim

### **Não se sentirem "um fardo" {9}**

- E 05: [Aqui] não estorvo...  
E 06: porque deixava os meus filhos á vontade, eu peguei nas minhas coisinhas todas e queria ir para o lar...  
E 07: para não dar trabalho lá em casa...  
E 08: a gente não foi para lá morar porque era trabalho demais para ele e para a mulher...  
E 09: porque... o meu filho tem lá a sogra... (...) e depois ..eu pensei... não posso pedir para ir para casa do meu filho (...) e eu entendi que não devia ir Para lá ...estando lá a minha parceira ....

- E16: porque a minha nora já andava , mas eu como via certas coisas... ela também começava a ficar doente
- E19: e eu também para estar a incomodar, não (...) antes quero pagar ....
- E25: porque eu não queria dar trabalho aos meus filhos (risos).
- E26: não queria incomodar a vida do meu filho (...) eu vou para o lar, é para os meus filhos não tomarem conta de mim (...) A minha vinda para aqui foi para os meus filhos estarem bem (...) se eu estou mal não tem importância... quero que eles estejam livres

### **Conflitos familiares {7}**

- E 06: a minha filha mora na Malaposta, aqui perto (...) ia lá a casa sempre, e depois trouxe-me para casa dela 3 meses, e ao fim de 3 meses também á sempre coisas implicávamos uma com a outra , eu fui para a minha casa
- E10: 2- pois na amoreira... e na coisa e depois ele casou-se, era para estar meio ano em cada casa, eu vi lá umas coisas esta a perceber... não sei o quanto ela disse a mulher deu uma chapada na minha mulher [a nora] (...) eu estive meio ano em Paredes, e um ano na Fogueira, pronto era meio ano cá e meio ano lá, e ele para lixar o irmão estive lá um ano, e ao fim de um ano agarraram (...) ele agarrou e meteu-me fora de casa...
- E16: tinha medo... das outras pessoas que ficavam idosas e que andavam lá nas ruas, e pronto não gostava... não gostava, porque pronto a minha nora tinha lá a mãe, eu já via que ela às vezes respondia para mãe , e que ela coiso para a mãe e tudo, e eu dizia assim “Ai ...então connosco há-de ser pior!” ...então viemos para aqui
- E17: não estava bem (...) na casa do meu filho... são coisas , não gosto de certas coisas não é certas coisas não gostei, do meu filho... e o menino [neto] nasceu, tem 5 anos nuca vi o menino
- E19: olhe eu para ser sincero... aquela que foi para a América , eu dava-me muito bem com ela... mas os outros (...) ele [filho] não vale nada
- E23: é que não queriam... Não queriam prontos, lá pensavam, se calhar que eu amanhã que eu que dava trabalho.
- P23: ele até a chave me tirava da porta, para não entrar quando quisesse, porque eu entrava e aquilo era numa divisão á parte da casa, e essa divisão era onde eu dormia
- E26: não aborreciam-me muitas vezes, as pequenas coisas que não podia ver, mas também não queria dizer nada, porque não tinha nada que dizer, e depois ainda se desentendiam comigo... entretanto a vida do meu filho complicou-se muito a minha nora, começou a não ter onde trabalhar não é, e o meu filho começou a endividar-se, andava sempre atrás de mim para pedir dinheiro, e o meu filho rodeava rodeava a ver se... o meu genro começou a ver a situação, está a perceber, então como é que é isso, somos todos filhos e só ele é que recebe, e ele agarrou você fica connosco e prontos, meu deus do céu ..mas como eu tinha a minha filha né (...) eles queiram ficar com o meu dinheiro
- E26: havia conflitos com o meu filho, porque ele não queria que eu viesse para aqui

### **Factores Sociais**

#### **Apoio dos vizinhos Insuficiente {10}**

- E 02: tinha lá vizinhos que eu me visse aflita que eu chamasse também me ajudavam alguma coisa...

- E 03: ajudavam quando o meu marido ficou de cama  
E 05: 1-mas se precisasse de algum tipo de ajuda os vizinhos iam lá a casa? 2-isso iam isso iam!  
E 09: ah, eu tinha vizinhos e bons ... bons !!! (...) se precisasse elas... davam-me uma mão...  
E10: tinha sim, lá uma vizinha ao meu lado  
E12: era um vizinho só! (...) acompanhava-me...  
E14: vinham os vizinhos (...) tenho lá um casal (...) iam lá se eu precisa-se de alguma coisa... de chamar a ambulância... eu chamava e eles vinham, lá a casa...  
E18: então quantas vezes o meu marido caiu com o Alzheimer , e depois ele coitadito caiu, e a minha prima ia lá dar-lhe o almoço porque eu não mo atrevia a dar-lhe. quando ele caía chamava os vizinhos e eles vinham de caminho (...) ajudavam a levantá-lo, e a fazer... ajudavam-me no que fosse preciso (...) ele não comia por ele... ajudavam-me a dar-lhe de comer... tanta vez.....  
E20: então e quando caía, os vizinhos iam lá (...) telefonavam para o meu filho para me levarem, ou assim  
E25: 1-tinha vizinhos com os quais se dava bem? 2-dava 1-se precisa-se de alguma coisa... 2-também

**Falta de apoio dos vizinhos e da família alargada {9}:**

- E 01: não tinha filhos... Não tinha ninguém próximo. (...) tinha uma sobrinha que (...) não prestava nada, nem quis, estou aqui a doze anos, e só veio cá duas ou três vezes... (...) Não tinha apoio familiar  
E 02: as filhas não estavam, estavam longe. Além das filhas mais alguém que vivesse próximo de si além dos vizinhos que pudesse dar algum apoio? Sobrinhos? Primos? 2-não ninguém...  
E 06: dava-me bem com toda a gente, mas eles não tinham vida para me andar a apajar  
E 08: 1-antes de vir para o lar Sr. Manuel, tinha algum vizinho que costumasse lá ir a casa, fazer-lhe alguma coisa , ir às compras ...dar-lhe algum apoio não? 2-não! não!  
E 08: 1-e os seus filhos, estavam longe não podiam apoiar ? 2- pois não pois não!  
E12: 1-e morava alguém de família perto de si? 2-não, não morava não...  
E13: os meus irmãos... já morreram também...  
E14: não tinha lá família...perto nenhuma a única que tenho é no porto... 3 sobrinhas...  
E21: Aqui não tenho ninguém, (...) nunca tive filhos... tenho sobrinhos mas estão para o Algarve (...) telefonam-me..., mas... não tem interesse nenhum  
E27: não havia vizinhos que tratassem de mim (...) da família não esta lá ninguém

**PROCESSO DE DECISÃO**

**Agente decisor**

**Decisão dos próprios {9},**

- E 03: Tomei essa decisão assim de repente .... o melhor era ir para o lar .. e depois quando chegou o meu filho.. eu disse: “olha que eu já tomei uma decisão..olha que eu vou para o lar!” e ele disse “então?” ...”olha que eu vou para o lar “.... “mas vai só o pai..... a mãe não precisa de ir...”... “não para onde o pai for também quero ir !”....a gente nunca se separou tivemos casados 62 anos ... juntos 62 anos , e eu também

- não queria que ele viesse para aqui sozinho ... e eu ate nunca lhe disse que vinha para o lar ...
- E 05: eu disse “então olha eu vou experimentar o centro de dia..!”...(…) se eu nao der nessa altura eu vou para a vossa casa... mas dei-me bem lá...tenham paciência que eu gosto muito
- E 9: Eles não tem culpa de eu ter decidido ter vindo para aqui, eu é que, eu é que vim para aqui de minha livre vontade...
- E10: 2-eu vim... eu vim um mês, ou dois ao dia e depois é que vim de vez..... 1-sim mas foi o senhor que decidiu que era então melhor vir? 2-foi foi 1-não foram os seus filhos ? 2- não
- E14: e então eu decidi (...) fui eu...
- E16: fomos nós [casal] que decidimos vir para o lar... e ele [filho] até depois nem queria,
- E17: quis ficar, a minha filha não queria mas fiquei cá
- E19: 1-foi o Sr. que pediu para vir para o lar 2-fui sim senhor 1-então decidiu vir para o lar porque estava sozinho? 2-foi 1-após a morte da sua esposa, foi isso? 2-foi sim
- E21: 1-portanto foi a senhora que decidiu vir para cá, certo? 2-fui, fui...fui 1-quando decidiu, vir para o lar os seus familiares não... 2-não! 1-não tomaram partido 2-não, eu disse a eles que vinha 2-e eles.... 2-só a minha sobrinha disse: “Ai tia, faço ideia o que lhe custou deixar a sua casa” 2-“Oh filha, custou-me, mas então tinha que ser!” 2- mas....não sei.
- E25: e eu para ficar sozinha, e não podia fazer nada, disse à minha filha que era melhor eu vir para um lar
- E26: fui eu que decidi

### **Decisão antecipada {3}**

- E 01: o apartamento aqui do lar é meu, comprei-o na altura que começaram a construir isto. (...) E depois e que vínhamos aqui, de vez em quando ao nosso apartamento, passar uns bocados. Decidi vir para o lar na altura em que começaram a construir isto e disseram que estavam a venda os apartamentos, e eu na (...) a ver a idade, a ver a idade que estava a avançar, preveni-me, com antecedência
- E 04: vou para lá, que ainda tenho juízo, quando perder o juízo, ao menos estou aqui
- E 05: porque quando abriu isto estava tudo cheio e eu sabia porque estava aqui no centro de dia e via as inscrições e estava tudo cheio... (...) eu lembrei-me quando fiquei presa... (...) que voltava ao mesmo e (...) pensei assim... quando eu quiser entrar já não posso porque está tudo cheio...

### **Decisão dos filhos {9},**

- E11: foi a minha filha, que por me ver doente ou assim ela...
- E12: o meu filho casou e foi para Lisboa... e ele pôs-me aqui no lar
- E13: foi o meu irmão... (...) quem havia de ser!?
- E15: foram os meus filhos, é que decidiram isso
- E18: mas o meu filho não queria que eu estivesse sozinha
- E20: foi o meu filho (...) porque eu estava lá sem fazer nada...
- E23: o neto... que já tinha neto falou... para eu vir para o lar... no centro de dia...
- E24: foi o que esta em Lisboa [filho]
- E27: foi a minha filha porque não podia

### **Decisão mútua {4}**

- E 02: foi o meu marido, que é que chamou as filhas por me ver ruim.... elas vieram e então caminharam para ver se encontravam onde me deixar...
- E18: quem decidiu fui eu...(...) porque o meu filho não queria que eu estivesse só
- E22: eles entenderam, que era melhor assim, e a gente concordou... pronto, viemos para o lar
- E28: fui eu... (...) porque as minhas filhas queriam-me levar para a América e eu não quis ir (...) elas ainda foram ver uma casa particular ali a Ferreiros, mas aquela casa...

### **Escolha do lar**

#### **Insuficiência de outras valências {7},**

- E 01: centro de dia não, estava aqui inscrito, tinha um apartamento mobilado por mim
- E 03: não o centro de dia não chegava sabe porquê, porque o meu marido estava acamado
- E 06: no centro de dia não tinha quem ficasse comigo de noite, e não estava bem sozinha...
- E 08: nós já vínhamos ao lar de dia... estive lá quando me deu as trombozes... eu fui para o lar de dia... também me liam revistas e livros, e... este braço já não posso escrever mais nada... e depois pronto... eu vim para aqui...tive cá... depois passei para o lar de noite..
- E11: porque a gente aqui ficava melhor que tinha gente que nos tratasse
- E21: porque achei que era melhor estar aqui, portanto era mais fácil para mim. De repente já não coisa... nos pensos, e tal já não tinha ninguém, assim... estava mais apoiada pois...
- E25: Depois a gente ficasse mais... a depender. (...) acamada não é... (risos) vir buscar... levar a casa, depois se eles não estava em casa, quem é que ficava comigo...
- E14: parece que nesse tempo não era tão falado como agora
- E28: agora aqui já há mas naquele tempo não havia...

### **Ser perto da área de residência {11}**

- E 03: porque era da terra
- E 04: para outro lado não ia tenha paciência... agora se tivesse de ir para outro lar não ia (...) o sinto-me como um filho... conheço a Dr.<sup>a</sup> G. e tudo
- E 06: porque gostava muito de cá estar, era muito bem tratada, eram muito meus amigos, quando isto começou a funcionar vim para cá... porque era mais perto da minha casa... e estava muito mais perto de minha casa
- E 08: então eu sou de cá!!!! (risos)
- E10: conhecia o lar, sou cá da terra e conheço tudo
- E11: porque era cá de Avelãs de Caminho, sou nascida de Avelãs de Caminho
- E12: porque tinha família a viver na zona
- E21: porque eu morava aqui perto, era só atravessar a rua
- E22: porque estamos aqui a dois passos
- E24: porque é aqui a minha terra
- E25: porque gosto da moita e gosto do lar da moita (...)

### **Conhecer utentes {8}**

- E 1: 1-e em termos por exemplo de convívio com os outros utentes com os funcionários? 2-excelente!
- E 02: outras, por exemplo pessoas que nunca conhecia lá naquele lar, e aqui por acaso até estão pessoas de Ancas... Também aqui da Fogueira e de outros lados
- E 03: já tenho cá muitos vizinhos...
- E 05: tinha aqui vizinhas...
- E10: 1-conhece o pessoal? 2-conheço isto tudo... 1-conhece já os utentes 2-já conhecia
- E16: conhecia os utentes (...) alguns
- E19: mas estava melhor aqui, estava cá muita gente lá da... cidade...
- E22: alguns... estão aí... que são meus vizinhos (...) eu aqui saio porta para fora toda a gente me conhece
- E27: estavam cá pessoas da minha terra

### **Conhecer funcionários {6}**

- E11: já conhecia aqui os funcionários
- E10: os funcionários, os funcionários conheço tudo... Dr. Ana e é boa pessoa, e a doutora são...
- E16: conhecia toda a gente já estava aqui há quase 30 anos ..
- E17: as empregadas, são conhecidas, (...) ajudaram um bocadinho.
- E18: conhecia as funcionárias, muitas...
- E22: algumas conhecia

### **Conhecer os serviços prestados {4}**

- E 05: eu já via que as empregadas eram de confiança...
- E18: porque já tinha andado cá uns diazitos...
- E25: já cá tinha vindo uma irmã minha, que me morreu... estive cá internada... e eu vinha cá sempre vê-la... pois já conhecia o lar
- E28: porque já cá era conhecido, já andava aqui na fisioterapia, tinha aqui os bombeiros, tinha aqui tudo, era mais fácil

### **Ter vaga(s) {6}**

- E13: porque foram a várias partes e não conseguiram arranjar...
- E14: porque andaram a ver por uns lados e por outros, uma cunhada minha, disse que tinha aqui um lar... e então viemos logo cá...
- E15: vim para este porque arranjam colocação na minha mulher e eu vim para ao pé dela
- E17: lá no outro lar onde comecei, onde está a minha filha não tinha vaga... vim para aqui para a minha terra...
- E20: ele foi a uns poucos... e o que viesse 1º ficaria... eu cheguei a dizer ó filho leva-me para onde tu quiseres, eu já estava saturada... e ele então inscreveu-me aqui
- E27: a minha filha é que cá veio pedir, mas ela foi a mais lados, mas estava tudo cheio

### **Ser associado {4}**

- E 02: quando eu estava com os meu pais demos alguma coisa de ajuda para esta instituição junto lá com as pessoas da fogueira e portanto eu gostava de vir para aqui a minha ideia foi sempre vir para aqui
- E 09: porque ... o meu filho também tem aqui o nome dele, também aqui tem qualquer coisa ...
- E11: bem o meu homem andou aqui muito tempo a pagar para vir para o lar (...) era sócio, e eu também
- E25: eu já estava "escrita" cá no lar, porque quando o meu marido faleceu, eu inscrevi-me logo aqui no lar

## VIVÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

### **Benefícios**

#### **Atenção e Apoio nos Auto cuidados {17}**

- E 02: a higiene eu peço o que é melhor para a minha pele, sabão, e gel, e o comer também de dieta, de maneira que nesse sentido sinto-me melhor
- E 05: tenho tudo... e não tenho cuidados...nem tenho de fazer compras nem comida... nem nada... (...) quando me constipo elas tem mais cuidado que eu, (...) quantas vezes elas me aparecem no quarto sem dizer nada com as botijas quentes , a perguntar se eu quero alguma coisa ..isso e uma grande coisa para mim ...
- E 7: aqui não falta nada... está a comida à hora... tenho a cama feita a horas...
- E12: comida a horas, que a gente não tinha...
- E13: aqui tenho muitas facilidades (...) para me vestir e essas coisas tinha mais dificuldades...
- E14: então em casa, não tinha quem me tratasse muito... se tiver alguma coisa, toca-se a campainha aparece quem... “Quem é o pedido?” (...) vêem que a gente que está mal, chamam a ambulância e levam-nos para o hospital (...) e uma pessoa em casa.... está mal... ao Domingo tem que pensar... em chamar... e nem ter coiso de ir chamar
- E15: quando vim aqui para o lar fique bem, tem boa alimentação, tem bom tratamento para a gente, não há nada que dizer. (...) é a boa alimentação, é a cama, tratam da roupita para a gente vestir ...
- E16: porque a instituição presta... limpeza só limpeza, fazem a cama, não há nada que chegue a isto...
- E18: porque me ajudam a vestir, a tomar banho, dão-me banho
- E19: aqui dão... aqui dão de comer... e fazem a cama e a gente dorme...
- E20: alimentação a horas... isso é muito
- E21: porque não tinha ninguém para me dar a medicação
- E24: mas lembrava-me se não podia tomar banho, a minha irmã não podia cuidar de mim
- E25: Tenho mais apoio, é melhor... para mim
- E26: a alimentação, a roupa limpa
- E27: precisava de ser lavado, precisava de cuidados com a alimentação
- E28: aqui tenho quem me faça a cama, quem me lava a roupa, tenho essas coisinhas todas, mais assistência...

#### **Cuidados de Saúde {6}**

- E 08: nisso são bons... tenho médicos (...) e enfermeiras, tem isso tudo...
- E17: tem aqui um médico... tem um enfermeiro tem tudo aqui não é
- E18: em termos de saúde eu vou ao médico a Coimbra, quase todos os meses... (...). Elas têm o cuidado, quando... eu antes de ir a consulta têm de ir ao laboratório fazer as análises (...) e então elas já sabem...
- E22: porque aqui dão-nos logo qualquer coisa somos logo atendidos (...) eles [filhos] andavam a trabalhar, não nos podiam socorrer logo (...) porque se houver qualquer coisa... eu digo ao médico, á enfermeira, ela é formidável... apoia logo a gente
- E24: a gente apanha logo confiança... falamos com o médico

E27: então levam-me para Coimbra e trazem-me, se tenho de ir a médica, porque tenho exames, ou coisas assim

### **Companhia {11}**

E 03: aqui tenho companhia... a companhia das pessoas...

E 04: a vantagem é essa aqui nunca estou sozinho

E 06: agora tenho mais companhia...

E 07: o convívio, com os outros... é melhor

E10: convivo mais...

E11:ao menos a gente aqui conversa e distrai...

E19:aqui tenho convívio (...) tudo amigo... tudo quer ir para o lar

E20: convívio

E25: aqui está muita gente têm muito convívio

E27: aqui tenho mais (...) falo com esta com aquela, ou assim (...) o convívio e outro, né?

E28: não tinha convívio nenhum... na minha terra... a terra está deserta daqui a mais não há ninguém, há lá 7 ou 8 pessoas

### **Actividades ocupacionais {8}**

E 01: leio, gosto muito de ler escrever... (...) passo assim os dias, a ler e a escrever e a ouvir o rádio... participo em todas as actividades , ginástica , teatro, agora vamos fazer uma peça lá na igreja dia 18, onde eu faço parte sou o São José ...

E 02: sempre há outras coisitas, as actividades da Dr.<sup>a</sup> M., eu agora também tenho ido, dar comer na boca as pessoas que não comem na própria mão, a Dr.<sup>a</sup> G. pediu e eu atendi...

E 03: eu tenho muito que fazer !!! (...) olhe um quadro que eu fiz (...) a Dr.<sup>a</sup> M. está sempre a chamar a gente, para recortar para irmos pintar, faço... teatro !

E12: eu faço tapetes...

E14: e até na ginástica jogávamos a bola uma para a outra

E19: e jogos ... os jogos que elas têm... é capas é isto é aquilo... elas têm tudo

E25: estou a fazer pinturas

E28: jogávamos cartas, xadrez...

### **Constrangimentos**

#### **Saudade de casa {10}**

E 02: custou-me muito sair de casa mas teve que ser...

E 03: a gente gosta sempre de estar em casa na nossa casa...

E 05: olhe só me custou sair da minha casa (...) tinha lá as minhas coisinhas, mas pouco... e depois ficou tudo fechado...

E 06: senti falta da casa, senti falta de tudo...

E 09: foi mais fácil em princípio que agora... (...) agora só me dá vontade de chorar... (...) não sei... (choro) tenho saudades da minha casa... tinha uma casinha ao pé da do meu filho... e tenho saudades do que lá deixei... (...) eu queria estar na minha casa... mas como não posso...

E11: tinha saudades ainda da casa...

E12: custou-me muito adaptar-me ainda hoje... (...) não sei porquê, porque estava habituada a estar na minha casa...

E18: chorava, porque deixei a minha casa, não é (...) ainda hoje... quando lá vou... fico triste, porque era uma casinha muito boa não é... e...está-se a estragar toda de estar fechada, não é (...) mas quando de lá saio... choro sempre... (...) tive muito trabalho para a ter ....

E20: deixar a casa é muito triste...

E25: Tenho chave, e tenho as minhas coisas em casa... e estão lá as minhas coisinhas, dentro.

#### **“Perda” de Liberdade(s) {4}**

E 10: eu quando entrei para cá (...) eu entrei a chorar, a Dr.<sup>a</sup> A. viu-me a chorar, ... “Então está a chorar porquê?”... “Porque vim para uma cadeia...”

E27: em casa estava melhor, pelo seguinte... andava mais à vontade, eu nunca fui assim pássaro de gaiola (Luís, 69 anos, viúvo)

E12: em casa tinha mais liberdade (...) fazia o que queria... quando queria... E16: umas [funcionárias] trabalham de uma forma, outras gostam de outra, e a gente tem... tem que se adaptar a essas coisas todas, e eu... também perdi o gosto das minhas rendinhas... mas acho que (...) agora já nem usam as rendas nem nada [nos móveis, como decoração]

#### **Submissão a rotinas {2}**

E 2: Estava habituada à minha casa, fazer as minhas coisas à minha maneira, mas isso não pode durar toda a vida...

E12: queria deitar-me a hora que queria, e levantar-me a hora que queria... como quisesse...

#### **Difícil convivência com todos {7}**

E 6: o que é menos bom aqui , eu vou-lhe dizer... é a falta de união, parece que não há amor , não há amizade (...) fazem guerra e ralham e aquilo ate me incomoda...

E 09: veio muita gente para aqui... mas “o depois”... estão na mesa berram uns com os outros “...e isso não está bem, não está bem ...e aquilo não está bem!” .... e depois custa ...as pessoas ...as pessoas ouvirem certas coisas...

E14: os idosos são muito malcriados uns para os outros

E16: só senti falta foi depois de o meu marido ir embora, tive que me juntar a outras pessoas, e pronto aquilo já não é um quarto, já não é um apartamento sozinha

E26: porque é muito complicado a convivência das pessoas... a má convivência das pessoas... aqui as pessoas são rudes ...quer dizer , uma certa ... aqui as pessoas são muito (...) brutas, muito impostoras , muito aldrabonas , muito vingativas ....

E23: há aqui pessoas, às vezes... tiram o comer, e outras vezes vão para se levantar e fazem o que querem, lá tem que ir a empregada quase só para dar o copo, e outras vezes levantam-se depois de estar a comer já, levantam-se e vem-se embora

E28: olhe é diferente, olhe eu não lhe sei explicar... entraram agora muitos novos, novos mas já velhos, e são... são como são pronto, todos nós temos os nossos defeitos e virtudes poucas (...) havia mais camaradagem nessa altura .... isto aqui esta muito mau .....não há respeito... o lar é de todos

### **Sobrelotação {3}**

- E 04: são competentes... mas é muita coisa a tratar (...) e claro... em primeiro os mais necessitados... e eu espero
- E 09: em princípio parece que não me importava... eee... era outra coisa! Mas está cá muita gente... estava menos gente! (...) era outro... era outro ambiente... agora não acho ser um bom ambiente como era antigamente!
- E16: agora custa mais esta muito cheio... muita gente... muita gente, são muito utentes, credo... mas eles é que sabem, a lotação que podem ter, com certeza...

### **Satisfação**

#### **“É tudo bom” {6}**

- E1: Não aqui é sempre bom...
- E10: aqui é muito melhor que fosse em casa
- E13: para mim é tudo bom...
- E14: oh filha o lar é muito bom... tem tudo de qualidades, do melhor
- E16: é muito melhor [que estar em casa] (...) em tudo... (...) nem sei em que é que hei-de pôr defeito
- E25: para mim é tudo bom

#### **Boa relação com as funcionárias {10}**

- E 01: Dei-me bem, portanto as pessoas são minhas amigas, principalmente as Dr.<sup>as</sup> todas, são muito minhas amigas (...). Todos do pessoal tudo é meu amigo (...) todas elas me beijam todas elas me abraçam...
- E 03: também gostei da maneira das empregadas... também eram boas... e... eu dou-me .. as pessoas e ... as pessoas fizeram o mesmo... são minhas amigas!
- E 05: aqui dou-me bem com todos... (...) andei no centro de dia e gostei imenso... gostei muito, ainda hoje gosto e então disse aos meus filhos... tenho imensa pena mas eu vou para o lar porque eu gosto muito muito daquela equipa... são uma maravilha as empregadas, são muito boas e o trato é bom
- E 08: acontece que aqui estamos mais à vontade, somos... aqui a tudo... tratam-nos muito bem (...) nunca estive melhor ...
- E17: sim elas é que me dão carinho, eu não tenho razão de queixa delas.....
- E19: muito bem... as funcionarias também ajudavam (...) são boas... são boas (...) o presidente também
- E20: dou-me bem com todos
- E24: são todos muito carinhosos muito
- E25: o serviço aqui é bom, as empregadas são boas, as que mandam também são boas, para mim são todos bons
- E26: os funcionários dou-me muito bem são muito meus amigos...

#### **Personalização {2}**

- E 01: Tenho objectos, minhas coisas... meus objectos, os meus adornos, das paredes, quadros...
- E21: tenho o meu quatinho, tenho lá televisão e tudo... (...) desde sempre que trazemos as nossas coisas (...) estou ali como se estivesse na minha casa...

#### **Felicidade {6}**

- E 01: aqui sinto-me feliz!

E 02: eu para dizer com franqueza, sinto-me bem aqui...

E 03: olhe... eu estou bem...

E 05: “Oh mãe diga-me a verdade olhe se não está bem, está a tempo de ir para ao pé de nós, não está aqui obrigada não, está aqui só até querer!” ... e eu dizia ...”Não filho eu estou bem... e estou... graças a Deus estou bem!”...

E14: Deus iluminou-me, de eu tomar em vir para o lar

E22: isto é uma família...

### **Habituação {2}**

E11: primeiro custou, mas depois a gente até gosta de cá estar, quando vou a casa da minha filha estou morta por vir para o lar

E12: agora já estou habituada... agora já gosto...

### **Ligação familiar**

#### **Manutenção da Ligação {18}**

E 03: continuam na mesma eles vem sempre aqui e a minha filha também vem sempre... o meu filho é mais raro porque também trabalha de noite... [visitam-me] todos os dias, netos e tudo!

E 04: o meu genro vem-me buscar todos os Domingos para almoçar com ele... em vez de virem visitar-me a mim vou eu a eles, ver os netos que lá tenho

E 05: Todos os fim de semana, e até às vezes, durante a semana deslocavam-se de Lisboa para me vir visitar...

E 06: [visitam-me] muitas vezes...

E 07: [visitam-me] todas as semanas... uma ou duas vezes!

E 08: vem, eu estou a contar em recebe-los... o que esta no Canadá... um... o outro... a minha filha ... esta lá bem... ainda não veio... vem cá só uma vez por mês...

E 09: o meu filho vem me cá ver todos os dias... (...) só mesmo quando não pode, que tenha tido muito trabalho é que sei que não vem... mas é raro... não há dia que ele cá não venha... ou ao meio dia ou a noite

E11: todos os Domingos, vem visitar-me... (...) e no Natal ou assim vou lá para casa dela (...) quando é Páscoa, Natal...

E13: não tem vindo, ele também tem dificuldade em andar, não tem cá vindo, mas vem vastas vezes... ainda cá esteve a semana passada

E16: vem cá muita vez (...) vem cá todas as semanas, 2 e 3 vezes até...

E17: de 15 em 15 dias ou aos 8 dias a minha filha, vai fazer um mês que ela cá não vem, é cozinheira, também tem a vida dela, não é , também tem o trabalho de casa , a folguinha dela é para vir cá numa fugida .....

E18: a visitar continua... ele é tão meu amigo, é tão querido... ele não me falta com roupa... não me falta com fruta... tudo o que há de melhor... ele não me falta com nada...

E19: vem cá todos os domingos

E20: só vem aos domingos

E22: ainda ontem aqui estiveram, na festa, cá todos (...) os 3 porque a outra está no Canadá, não pode vir para cá (...) vêm , durante a semana 3, 4 vezes

E23: vem-me buscar para vir tomar o pequeno almoço, às 8:30 ou 9:00 horas já ai está ,pega em mim , vamos aqui ou acolá , ou vamos a casa dele , e às 18horas cá estou

nunca falho... se for preciso durmo em casa dele, mas não quero dar trabalho a ninguém ...

E25: eu vejo os meus filhos quase todos os dias...

E28: quando vêm a Portugal vem sempre ver-me (...) todos os dias as minhas filhas me chamam [telefonam]

### **Afastamento {10}**

E 01: esta de Sangalhos ainda veio cá umas três ou quatro vezes, mas a da Moita nunca veio cá (...) estou aqui a doze anos, e só veio cá duas ou três vezes...

E10: de meio em meio ano, passa-se um ano, tem a casa e o emprego dele em Sangalhos

E15: olhe o meu filho veio cá, fez no domingo 15 dias, mas vêm ao sábado e vão ao domingo (choro)

E12: não vem [filho]... só de ano a ano! (...) telefona-me uma vez por outra... (...) só quando... é por o Natal, mas ele ainda não me disse nada... (...) o ano passado fui, agora como eu me encontro doente... não sei se ele me quer levar

E21: mas já há um tempinho que não vem cá (...) eu estou cá há 18 anos... a I. [filha] veio duas vezes, e o A. [filho] veio só uma vez. (...) a minha enteada é que vem cá mais vezes, mas agora coitada, já está velhota

E23: eu passa-se um ano que não os vejo, e moram todos aqui perto E23: e eu... desprezado... desprezado... desprezado...

E24: o de Lisboa é quase só de ano a ano no Natal... Eu ia passar o Natal, mas nem o ano passado

E26: o meu filho há um anos que não o vejo

E27: vem cá de vez em quando mas é raro cá vir

E10: tou aqui como um cãozito

### **Apoio {16}**

E3: [tratar de assuntos extra...] é o meu filho

E 4: se precisar de uma peça de roupa, ou qualquer coisa (...) estou sempre a perguntar olha lá que gastaste tenho aqui dinheiro, chega-te?... toma 20 euros... ela quando recebe vai à farmácia

E 5: elas [funcionárias] vão comigo ao médico, já tem ido e até ao dentista e tudo, elas tratam de mim como se fossem os meus filhos, mas estão sempre a telefonar para cá a queres dizer... “o mãe se elas não puderem ir telefone imediatamente!” (...) os meus filhos olham por mim... se for preciso ir a Coimbra , que eu tenho um dentista em Coimbra ... 1-por exemplo quem trata das questões económicas são eles? 2-pois são eles, são os meus filhos, eu entreguei tudo o que tinha pronto... deixei a casa, deixei tudo...-eles agora... está tudo na mão deles agora! 1-a instituição trata mais quando está doente, quando tem consultas programadas, é isso? 2- pois, pois...

E 6: a minha família toma conta dessas coisas... tudo, tratam seja de dois cêntimos, seja de 2 euros, aí é a minha filha que trata de tudo, o meu filho não tem vida para isso, está muito longe, e a minha filha... pronto dirige o dinheiro, controla os medicamentos, certas despesas... (...) a minha filha que trata da minha pensão...

E13: ele [irmão] é que me trata das coisas

P16: roupa e... tudo o que seja preciso, peço ao meu filho , e ele faz-me tudo. 1-em termos de aspectos económicos e ele que trata também? 2-é ele que trata... 1- a sua nora trata da roupa, precisar de

alguma coisa, de comprar alguma coisa é ela que trata...? 2- eu digo-lhe tens de vir, o que é preciso e ela compra 1-tudo o resto é com a instituição, se tiver por exemplo doente é a instituição que trata? se tiver que ir ao hospital é a instituição? 2- é... e os filhos

E17: a minha filha traz (...) traz umas bolachas, bolos, champô... traz aqueles pensozitos, para por na cueca.....

E18: eu não trato de nada (...) o meu filho no dia da consulta quer sempre ir comigo (...) se for ver as análises, vai uma empregada ou duas o que for preciso (...) se eu precisar de roupa e só pedir (...) traz-me muita fruta, bolos. Ainda agora me trouxe tanta coisa, até bolo-rei me trouxe

E20: traz-me uma camisola, eu já tenho tanta coisa para dar... levava-me [filho] ao médico, (choro), tudo o que eu precisava ele fazia, e continua a fazer...

E22: 1-se precisarem de resolver algum problema .. ... por exemplo em termos económicos , se precisar de roupa . 1-sao eles que trazem? 2- eles trazem-me tudo...

E23: médicos isto e aquilo é aqui, agora para ir para aqui e para acolá, ela participa e vou almoçar, vou de manhã e venho á noite

E24: 1- diga-me uma coisa, já me disse que ele foi agora comprar umas pantufas, quando precisa de alguma coisa, é o seu cunhado e a sua irmã que tratam? 2-é

E25: compra-me os remédios que preciso, a roupa e... pronto (...) é ela que gere tudo

E26: é a minha filha... do meio, (...) ela é que compra, tudo o que é preciso (...) vai comigo, eu ainda faço as minhas coisas, mas vai comigo para me dar apoio (...) só vai fazer companhia para me levar

E27: só a minha filha é que esta responsável por tudo! (...) quer dizer uma coisa qualquer é com ela, comunico a ela e ela resolve

E28: toda a roupa que a senhora me vê vestida são elas que mandam, vem tudo da América

### **Desresponsabilização {11}**

E 1: não há qualquer relação com eles! Nada!

E 2: tratar de coisas que é preciso, se preciso de ir as finanças ao registo civil(...) é a instituição que faz (...) bem quando o meu genro era vivo foi ele que me levou á 1ª consulta para ser operada, mas depois, é o lar que têm tratado dos assuntos.

E 8: ele e a mulher... levavam a gente a Coimbra sempre... não era preciso o carro daqui... agora já é o carro daqui... para eles não correrem muito para aqui 1- a família agora não participa em nada dessas coisas? 2- não a minha não...

E9: quando eu preciso de ir... quando há uma coisa... uma consulta qualquer é que vem uma empregada levar-me 1-então e ele só trata das questões económicas é isso?... só trata dos aspectos do dinheiro... tudo o resto é a instituição que trata? 2- pois é...

E10: o meu apoio fui eu, e o meu compadre Engº.... 1- é a instituição que trata de tudo o que lhe diz respeito você 2-não só a mim mas também aos outros

E11: 1-quando é preciso ir ao médico ou assim, é a casa aqui que a leva, a sua filha já não trata de nada apenas vem visitá-la ? 2-não, não, ela só vem visitar-me

- E 12: 1-apartir do momento em que veio para a instituição... é a instituição que trata de tudo? 2- é sim... 1- o seu filho não participa em nenhuma actividade? 2-não...
- E13: 1-se precisar de ir ao médico é a instituição que vai consigo, certo? 2-já fui algumas vezes... 1-ele não vai, normalmente não é ele que vai? 2-pois não
- E14: 1-apartir do momento em que veio para o lar a família trata de alguma coisa sua, ou e a instituição que trata de tudo , que diz respeito á senhora Acácia ? 2-eu só tenho aqui é para pagar ... 1-elas é que gerem por exemplo o dinheiro 2-pois é claro , se eu precisar , por mim... eu não tenho muito, mas é claro vou tendo, é pagar... 1-mas por exemplo que é que paga aqui são elas? 2-nao sou eu 1-a senhora é que ainda toma conta dessas coisas 2-sim senhora 1-portanto elas não tratam de nada? 2-não disse não... 1-nem de outras coisas? 2-não 1-acontece alguma coisa... é a instituição? 2-pois 1-e a senhora certo? 2-pois... 1-elas agora não tratam de nada...? 2-não querida, graças a Deus não é preciso nada... se eu precisar de alguma coisa
- E15: 1-quando veio para o lar, os seus filhos deixaram de dar qualquer tipo de assistência, a instituição é que toma conta de tudo? 2-a secretária é que toma conta, ali ninguém me pede nada, eles é que pagam quando devem pagar... até lhe digo mais nem sei quanto é que eles pagam... 1-sim, mas para tratar de si é a instituição que o faz, ou os seus filhos ainda cá vêm, tratar de si, cuidar de si... 2-entao cuidam elas 1-é só a instituição? 2-já me levaram a Anadia, já me levaram a Coimbra uma data de vezes 1-não são os seus filhos que fazem isso 2-não são elas aqui, elas pagam... já fui operado a esta vista em Coimbra, agora há 2 ou 3 meses, e foram uma data de vezes comigo, eles é que pagam
- E19: 1-então e ele vem cá, dá-lhe algum tipo de apoio agora 1-traz-lhe alguma coisa... trata de alguma coisa das suas vidas? 2-vidas agora não tenho nenhuma 1-é só da instituição? 2-é só da instituição, mais nada.. 1-ele... de resto não é preciso, só vem mesmo visitá-lo, é isso ?2-só visitar-me...
- E21: 1-diga-me uma coisa, então é a instituição que trata de tudo o que lhe diga respeito 1-se precisar de alguma coisa se precisar de ir ao médico, se tiver 2-pois é...levam-me a Coimbra... 1-e se tiver...se precisar de comprar roupa 2-não por enquanto ainda sou eu que tomo conta disso 1-inda vai... 2-vou às casas... trato...

## **Sofrimento existencial**

### **Sentimento de inutilidade {4}**

- E 3: lavava lá a roupa, passava lá a ferro... e olhe agora estou aqui não faço nada
- E17: ponho-me a pensar “Ai Senhor, se eu tivesse a minha vista boa, não estava aqui (...) uma pessoa nova ainda...”
- E20: gostava muito de limpar a casa coisa que eu fazia todos os dias. Agora olhe... Custa-me e andar...lá no 1.º andar em cima, falo a uma mulher e ela lava-me lá... se pudesse limpava tudo com a esfregona não tenho problema nenhum...
- E24: eu não sei explicar, porque eu recorda-me a vida que tinha... sinto saudades... compreende

### **Viuvez e Luto {4}**

E17: depois do meu marido faltar, é que eu chorei muito.

E20: depois que ele morreu nunca mais... nunca mais fiquei boa (Maria, 77 anos, viúva)

E24: há 7 anos que o meu marido morreu... eu depois não tinha apetite para nada ..

E 05: tinha dois filhos infelizmente... perdi um a pouco tempo (choro) (...) era Dr. de História (soluçando)... (...) o meu menino (soluços/choro)