

# **USE IT OR LOSE IT**

## **Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados: A Estimulação como Meio de Prevenção da Demência**

Filipa Alexandra Fernandes Simões

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para  
cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social.

Orientadora: Professora Doutora Sidalina Almeida

**ISSSP, março de 2018**

*“Os velhos já não falam...*

*Os velhos já não sonham...*

*Os velhos já não fazem nada...”*

***Jacques Brel, 1964***

## AGRADECIMENTOS

Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer aos meus Pais.

Pela possibilidade que me deram de ingressar no Ensino Superior e conseqüentemente no Mestrado em que me encontro. Pelos valores transmitidos, presença, calma, confiança, carinho e pelas palavras sábias nas horas de maior preocupação.

À minha Mãe, em particular, pela paciência.

Ao meu Pai, em especial, pelo estímulo.

Ao meu Gêmeo, por todo o apoio, ajuda e segurança, sem o qual seria certamente mais árduo realizar este Trabalho e chegar ao fim deste trilha.

À minha Família. Especialmente aos meus Avós, Padrinhos, Tios, Primo e Namorado pelos momentos de descontração, incentivo, apoio, amor e ajuda, sem a qual não seria a pessoa que sou hoje.

Em seguida, queria expressar a minha gratidão para com a Docente Professora Doutora Sidalina Almeida, pela orientação, testemunho das suas experiências, esforço, sinceridade, exigência e, acima de tudo, pela dedicação.

Agradeço, também, a todas/os Docentes do ISSSP, mais concretamente do Mestrado em Gerontologia Social, com os quais tive oportunidade de crescer e aprender, pelo apoio, confiança e ensinamentos transmitidos.

Aos meus Mais Velhos. Chamo-lhes “meus” pois fazem parte da minha vida, pelo mimo, sorrisos, lágrimas, angústias, conversas, vivências e momentos partilhados. Pelos seres humanos ÚNICOS que são.

À Instituição, desde a Direção aos Colaboradores, por me darem a possibilidade de conhecer a realidade e de ter uma primeira experiência profissional verdadeiramente memorável.

Às minhas amigas, por todas as palavras, abraços e sorrisos ao longo deste percurso, pois sem as mesmas seria certamente mais difícil e aborrecido ultrapassar todos os obstáculos e procurar ser sempre mais e melhor.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

O presente Trabalho de Projeto é realizado no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, no Mestrado em Gerontologia Social para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social. Este aborda a temática da Estimulação Cognitiva no Envelhecimento, em particular a possível utilização da mesma como meio de prevenção do declínio cognitivo em Idosos Institucionalizados, tendo por base o facto de Estes possuírem maior risco de desenvolver quadros demenciais devido à falta de Estimulação Cognitiva e de rotinas diferenciadas. Ao mesmo tempo, considera o peso da Institucionalização e o seu impacto nos processos de Envelhecimento, enfatizando questões como a sensibilização e capacitação dos interventores e diferentes atores sociais que atuam em contextos Institucionais.

Na procura por novas abordagens e metodologias de intervenção, atribuí, também, um papel de relevo às Entidades Reguladoras na criação de novas Políticas Sociais, supervisão e acompanhamento, visando a efectiva adequação das respostas que pressupõem a prestação de serviços a um grupo populacional em crescimento, tendo em especial atenção as especificidades e particularidades de cada Pessoa. O repto passa pela transmissão de poder por via da capacitação, onde o Indivíduo ganha consciência das suas potencialidades, utilizando-as como fomentadoras da integração e participação social, objectivando percursos de Envelhecimento nos quais o Idoso possua o papel principal face à tomada de decisões, escolhas e projetos de vida. Neste sentido, serão evidenciadas as principais linhas teóricas que sustentam a intervenção, nomeadamente no que se refere ao agir profissional dos interventores sociais e profissionais que lidam em primeira linha com os Residentes de uma Instituição.

Deste modo, no que diz respeito à Metodologia em uso, o Trabalho de Projeto Use It or Lose It, pauta-se, essencialmente, pela Investigação-Ação e, mais concretamente, pela modalidade da Investigação Para a Ação, tendo em conta o tipo de Trabalho Final escolhido. No que diz respeito à intervenção, esta é sugerida à luz de quatro planos de ação: o primeiro incide na promoção do sentimento de pertença e do estabelecimento de laços entre os Residentes, bem como entre Estes e os diferentes profissionais. O segundo refere-se à Estimulação Cognitiva enquanto ferramenta essencial para promover processos de Envelhecimento bem-sucedidos, retardar o surgimento de

patologias do foro cognitivo e, ainda, capacitar e incentivar a participação, integração e a tomada de decisão dos Indivíduos. O terceiro perspectiva, ainda, uma intervenção ao nível da formação pessoal, relacional e profissional dos diferentes profissionais que fazem parte do contexto Institucional com o intuito de os sensibilizar e capacitar face ao Envelhecimento e à necessidade de contribuir para a manutenção do estado cognitivo dos Idosos. Finalmente, o último procura indicar algumas alterações que preconizam, sobretudo, a transformação da ERPI num verdadeiro Lar.

**Palavras- chave:** Capacitação, Demências, Envelhecimento, Estimulação Cognitiva, Humanização, Institucionalização, Prevenção.

## **ABSTRACT**

The present Project Work is done in Instituto Superior de Serviço Social do Porto, in order to get the Master degree in Gerontologia Social. This embraces the Cognitive Stimulation in Elderly, specially its particular application as a way of preventing cognitive decline in institutionalized Elderly People, which have higher risk of developing demential diseases due to lack of Cognitive Stimulation and differentiated daily routines. At the same time, this Project takes into account the burden of nursery home Institutionalization and its impact in the Ageing process, highlighting questions such as awareness and qualification of the multiple social caregivers, working in a nursing home context.

Looking for new intervention methods and approaches, this Project assigned an important role to the regulatory agencies for the creation of new social policies, supervision and consulting, aiming an effective and adequate answer which presumes providing care to an increasing populational group, considering each one's specificities and particularities. The challenge is to give strength throughout capacitation, where the Person takes conscience of his capabilities, using it as enhancers of social integration and participation, aiming an Ageing process where the Individual Person has a main role in His decisions, choices and life projects. So, will be emphasized the main theoretical orientation that sustain the intervention, specifically when it refers to the action of social workers and other professionals that work directly with institutionalized People.

Therefore, in terms of used methodology, Use it Or Lose it Work Project is mainly guided by the Investigation- Action, mostly through Investigate- For- Act type of method, due to the type of Final Work that was choosed. In terms of the intervention, this one is sustained by four action plans: the first wants to promote the belonging feeling and the establishment of stronger ties between the Residents it selves and with the different professionals. The second refers to the Cognitive Stimulation as an important tool to promote successful Aging, retard the appearance of cognitive diseases, and, also, to capacitate and encourage the social participation and integration, as well as the decision-making. The third puts in perspective the personal and emotional formation, as well as the vocational training of human resources who participate in the

social context, aiming the sensibilization to the Aging process and to the need of contribute for maintain the cognitive state of Old People. Finally, the last one tries to suggest some changes that advocate, essentially, the transformation of the ERPI on a truly Home.

**Key Words:** Aging, Cognitive Stimulation, Dementias, Humanization, Institutionalization, Prevention, Qualification.

## RÉSUMÉ

Ce projet de travail a été effectué à l'Institut Supérieur du Service Social de Porto, de maîtrise en Gérontologie Sociale afin d'obtenir un degré de maîtrise en Gérontologie Sociale. Il aborde la question de la Stimulation Cognitive dans le Vieillessement, en particulier, sa utilisation comme moyen de prevention du déclin cognitif chez les Personnes Âgées institutionnalisées, basée sur le fait d'avoir un plus grand risque de développer cadres deméantiels en raison du manque de Stimulation Cognitive et des routines différenciées. Au même temps, nous considérons l'importance de l'Institutionnalisation et de son impact sur les processus du Vieillessement, en mettant l'accent sur des questions telles que la sensibilisation et la formation des techniciens et des différents acteurs sociaux qui interviennent dans les contextes institutionnels.

Dans la recherche de nouvelles approches et de méthodes d'intervention, l'organismes de réglementation dans la création de nouvelles politiques sociales possédés aussi un rôle proeminent, dans la supervision et l'accompagnement, en visant des mesures d'adaptation efficaces qui nécessitent l'approvisionnement et la disposition de services à un groupe de population en croissance, en attendant une attention particulière aux spécificités et aux particularités de chaque Personne. Le défi reside dans la transmission du pouvoir através la formation, où l'Individu gagne la prise de conscience de son potentiel, en les utilisant comme encouragement à la integration et a la participation sociale, visant le Vieillessement des voies où les Personnes Âgées ont le rôle principal par rapport aux decisions, faire des choix et des projets de vie. En ce sense, les grandes lignes théoriques qui soutiennent l'intervention des professionnels qui traitent principalement avec les résidents d'une institution sont evident.

En conclusion, le Travail du Projet "Use it or Lose It", ce que concerne à lá metodologie utilisé, se caracterise essentiellement par la Recherche-Action et plus concrètement par la modalité de Recherche pour l'Action, considerant le type de Travail Final choisi. En ce qui concerne à l'intervention, cela est suggéré à la lumière de quatre plans d'action: le premier se concentre sur la promotion du sentiment d'appartenance et l'établissement de liens entre les Résidents et les différents professionnels. Le second fait référence à la Stimulation Cognitive comme un outil essentiel pour promouvoir les processus de Vieillessement réussis, afin de retarder

l'apparition des pathologies du forum cognitive et aussi pour permettre et encourager la participation, l'intégration et la prise de décision des individus. La troisième perspective est également une intervention dans la formation personnelle, relationnelle et professionnelle des différentes ressources humaines qui font partie du contexte institutionnel avec le but de les sensibiliser et de les former, face au vieillissement et la nécessité de contribuer au maintien de l'état cognitif de Personnes Âgées. Enfin, le dernier, indique quelques changements qui préconisent, avant tout, la transformation d'ERPI en un véritable Foyer.

**Mots Clés:** Démences, Formation, Humanisation, Institutionnalisation, Prévention Stimulation cognitive, Vieillissement.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

- **AAD**- Ajudantes de Ação Direta;
- **ABVD**- Atividades Básicas da Vida Diária;
- **AIVD**- Atividades Instrumentais da Vida Diária.
- **ASG**- Auxiliares de Serviços Gerais;
- **CD**- Centro de Dia;
- **DA**- Doença de Alzheimer;
- **ERPI**- Estrutura Residencial Para Idosos;
- **IPSS**- Instituição Particular de Solidariedade Social;
- **ISS, I.P.**- Instituto da Segurança Social, I.P.;
- **MMSE**- Mini Mental State Examination;
- **TOR**- Terapia de Orientação para a Realidade;

# INDÍCE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA</b>	
<b>INTERVENTORA: INVESTIGAR PARA AGIR.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO II- AS DIFERENTES FACES DO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>24</b>
2.1. O Fenómeno do Envelhecimento.....	24
2.1.1. Modos de Envelhecer.....	25
2.2. As Implicações da Institucionalização na Velhice.....	29
<b>CAPÍTULO III- A EMERGÊNCIA DE UMA VONTADE DE MUDANÇA:</b>	
<b>AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA (EX- ANTE).....</b>	<b>43</b>
3.1. Diagnóstico Sócio Institucional.....	43
3.1.1. À Primeira Vista- Obrigações, Finalidades e Objetivos.....	46
3.1.2. Legislação VS Prática.....	49
3.2. Um Olhar Mais Aprofundado.....	54
3.2.1. Organização Espacial, Ambiente Físico e Adequação dos Recursos Materiais.....	55
3.2.2. Características de Organização e Funcionamento da Instituição.....	66
3.2.3. O Capital Humano e as Suas Características.....	84
3.3. Diagnóstico Psicossocial.....	90
3.4. Diagnóstico de Necessidades.....	111
<b>CAPÍTULO IV- A ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>113</b>
4.1. Envelhecimento Cerebral → Declínio Cognitivo.....	113
4.2. Estimulação Cognitiva em Patologias Demenciais.....	114
4.3. Objetivos e Pressupostos da Estimulação Cognitiva.....	115
4.4. Abordagens e Exercícios na Estimulação Cognitiva.....	117
4.5. A Estimulação Cognitiva nas Práticas Institucionais: A Importância da Sensibilização e Formação dos Recursos Humanos.....	124
4.6. Planificação da Intervenção.....	126

4.7. Proposta de Avaliação.....	135
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>138</b>
Bibliografia.....	141
Anexos.....	145
Apêndices.....	156

## **INDÍCE DE FIGURAS**

Figura nº 1- Etapas que Constituem um Projeto.....	19
Figura nº 2- Atividades do Quotidiano.....	82
Figura nº3- Tipos de Memória.....	119

## **INDÍCE DE TABELAS**

Tabela nº1- Categorias e Formações Profissionais dos Recursos Humanos.....	85
Tabela nº 2- Programa de Ação I.....	126
Tabela nº3- Programa de Ação II.....	129
Tabela nº 4- Programa de Ação III.....	132
Tabela nº 5- Programa de Ação IV.....	133
Tabela nº 6- Critérios de Avaliação: Adequação, Eficácia e Pertinência.....	136
Tabela nº 7- Critérios de Avaliação: Adequação, Aderência, Eficiência e Participação.....	137

## INTRODUÇÃO

---

O Trabalho de Projeto “Use It Or Lose It” insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social. Decidimos, no Trabalho Final de Mestrado, abordar a questão da Estimulação Cognitiva no Envelhecimento. A oportunidade de trabalhar, recentemente, numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) permitiu verificar que, no local de trabalho, existe um elevado número de Idosos portadores de Demência e em risco de possuir este tipo de patologia. Através do contacto com esta população, assim como devido à inserção nas rotinas da Instituição constatamos, ao mesmo tempo, uma grande lacuna no que diz respeito à Estimulação Cognitiva e à realização de atividades.

No nosso ponto de vista, tendo por base os conhecimentos que se têm vindo a adquirir ao longo do Mestrado em Gerontologia Social assim como através da literatura produzida acerca desta temática, a Estimulação Cognitiva afigura-se como essencial na prevenção de diferentes tipos de Demência, nomeadamente a Doença de Alzheimer, bem como na prossecução de processos de Envelhecimento saudáveis e ativos, principalmente em contextos como o acima mencionado, segundo o qual se tem vindo a sugerir que os Idosos Institucionalizados têm maior probabilidade de desenvolver quadros demenciais. Esta informação é também corroborada pela comunicação social: num estudo realizado na região Norte, financiado pela Direção Geral de Saúde, o Coordenador do Programa Nacional para a Saúde Mental- Psiquiatra Álvaro Carvalho-evidencia que as Pessoas Institucionalizadas possuem maior risco de desenvolver Demência, uma vez que são pouco estimuladas.

Todos os dias, os profissionais que intervêm junto da população Idosa constataam as mudanças decorrentes do processo de Envelhecimento, mudanças estas que ocorrem a diversos níveis. No Trabalho Final de Mestrado, focamo-nos nas mudanças cognitivas associadas à Velhice e, portanto, possuímos como objetivo geral desenvolver um Projeto que possibilite dar resposta aos desafios colocados pela perda cognitiva que acompanha o avançar da idade, prevenindo o surgimento de patologias demenciais de forma avançada, em contextos Institucionais, ambicionando, em simultâneo, a alteração das metodologias e normas organizacionais, com vista ao alcance de processos de Envelhecimento saudáveis e ativos onde o Idoso assuma o papel principal. Os objetivos específicos, apresentando por um lado um carácter mais concreto, mas também uma

função intermediária e instrumental, prendem-se com: analisar a situação Institucional e construir um diagnóstico; desenhar planos de ação; criar uma proposta de análise da eficácia do projeto por via de instrumentos e técnicas de avaliação.

“A Célebre frase relativa ao funcionamento do cérebro *Use it or lose it* (Use-o ou deixará de funcionar) vem chamar a atenção para a necessidade que a mente tem, assim como o corpo, de ser cuidada e usada para continuar a funcionar adequadamente” (Ribeiro & Paúl, 2011, p:77), daí o título atribuído ao Trabalho de Projeto, visto que, se a mente não for exercitada diariamente o Indivíduo apresenta maior risco de perder capacidades cognitivas de forma muito mais célere. Desta forma, é no sentido de prevenir a perda cognitiva que surgiu a vontade de criar um Projeto que, alterando a mentalidade ainda pouco desenvolvida deste tipo de respostas que acolhem a população Idosa, relativamente à Estimulação, viabilize, principalmente, a mudança nas metodologias de intervenção aplicadas em contexto Institucional. Assim, e uma vez que a inserção de atividades que perspetivem a Estimulação Cognitiva dos Indivíduos nas instituições pode funcionar, também, como aliada na manutenção e criação de processos de Envelhecimento ativos- onde a pessoa Idosa tenha efetivamente o papel principal-, torna-se essencial criar novas formas de intervenção dentro das Instituições que ambicionem sobretudo a conservação das aptidões cognitivas dos Indivíduos, o seu bem-estar e autonomia. É conhecida a importância do exercitar das funções cognitivas para contrariar o declínio da capacidade cognitiva com o avançar da idade. Ao mesmo tempo, é também evidenciado o peso da Estimulação e do treino Cognitivo enquanto fatores preponderantes nos processos cognitivos responsáveis por assegurar a adequada realização de determinadas atividades intelectuais, designadamente a perceção, a memória, o raciocínio, a resolução de problemas e a tomada de decisão, entre outras. Daqui, advém a importância de analisar as Instituições enquanto fornecedoras de serviços a uma população que se evidencia cada vez mais singular e capaz de beneficiar de metodologias de intervenção aptas para intervir de forma abrangente e especializada que perspetivem o Idoso como um todo. Novas políticas de sensibilização, formação, acompanhamento e metodologias de ação devem ser privilegiadas com o objetivo de dar primazia ao projeto de vida do Indivíduo e à sua participação enquanto ator principal no mesmo, propiciando a iniciativa, capacitação, tomada de decisão, participação social, segurança, saúde e a aprendizagem ao longo da vida.

Assim, com o intuito de apresentar de forma sintetizada a informação que é possível encontrar ao longo do Trabalho Final de Mestrado, elencamos os seis diferentes capítulos que estruturam o mesmo: No **Capítulo I- Metodologia de Investigação Científica Interventora: Investigar Para Agir**, é efetuada uma breve explicação face ao tipo de Metodologia em uso, sendo feita referência a algumas considerações metodológicas inerentes à Metodologia de Investigação Interventora, nomeadamente a modalidade Investigação para a Ação, tendo em consideração que este é o tipo de Metodologia que sustenta e guia o Trabalho de Projeto e todas as etapas pertencentes ao mesmo. O **Capítulo II- As Diferentes Faces do Envelhecimento**, evidenciando as diferentes formas de Envelhecer e salientando a importância de conceber cada processo de Envelhecimento como único, remete para os principais fundamentos teóricos que sustentam a necessidade de intervir e trabalhar a questão da Estimulação Cognitiva, no contexto Institucional, junto da população Idosa. Analisa, num último momento, as eventuais implicações que a Institucionalização pode acarretar, à luz de teorias e conceitos sociológicos como as Instituições Totais de Goffman (1961).

O **Capítulo III- A Emergência de Uma Vontade de Mudança: Avaliação Diagnóstica (Ex Ante)** diz respeito ao Diagnóstico Sócio Institucional e Psicossocial da ERPI e dos recetores de serviços, respetivamente. Numa tentativa de conhecer a Instituição onde é desenvolvido o Trabalho de Projeto e de identificar pedagogicamente as suas forças e oportunidades bem como as suas fraquezas e ameaças para no futuro intervir adequadamente e colmatar as necessidades sentidas e não sentidas, através de ferramentas próprias para o efeito, analisamos o contexto social e as diferentes dimensões que o caracterizam e constituem. Ao mesmo tempo, é também efetuado o Diagnóstico Psicossocial dos Residentes, objectivando a sua caracterização não extensiva, no sentido de compreender a possível integração das suas especificidades aquando da criação e aplicação dos planos de ação.

Por sua vez, no **Capítulo IV- A Estimulação Cognitiva no Envelhecimento**, é realizada uma breve abordagem ao Envelhecimento e conseqüente declínio cognitivo, dando a conhecer, de forma pouco acentuada e simples, as diferentes áreas que constituem o cérebro e a implicação que cada uma possui no desempenho diário de diversas funções. Secundariamente, e uma vez que a incidência das patologias neurodegenerativas se afigura como uma problemática social de grande relevo, perspectiva-se a utilização da Estimulação Cognitiva em Idosos que possuem quadros

demenciais, preconizando a sua estagnação e a manutenção das capacidades cognitivas que ainda se mantenham intactas. Posteriormente, são ainda explorados os objetivos, os pressupostos da Estimulação Cognitiva, as distintas abordagens e exercícios passíveis de serem aplicados, enfatizando sempre a necessidade de prestar atenção à especificidade e singularidade de cada Indivíduo. Por último, visto que no Trabalho de Projeto visamos não só intervir na questão em análise através da aplicação de programas de Estimulação Cognitiva, mas ao mesmo tempo apostar na formação e sensibilização do contexto e atores Institucionais, procuramos abordar estas questões de forma teórica e prática, sustentando a última por via da primeira.

Finalmente, surge a planificação da intervenção, como o culminar de todo os aspetos metodológicos, empíricos e teóricos enunciados ao longo do Trabalho Final de Mestrado. Seguindo a Metodologia Participativa de Projeto, procura dar resposta às questões diagnosticadas empiricamente e, conseqüentemente, problematizadas através de perspectivas teóricas. Com o desenho dos planos de ação, será possível verificar as opções relativas aos percursos eleitos, as finalidades que pretendemos alcançar, os objetivos que ambicionamos concretizar, bem como os meios e estratégias a utilizar para o sucesso dos elementos anteriormente mencionados. Por último, apesar de não existir no momento uma aplicação efectiva do projeto e respectivos planos de ação, consideramos importante explorar as formas de avaliação que se evidenciam como mais adequadas, elegendo o tipo de avaliação que se coadune com as necessidades do projeto de intervenção. Relativamente aos planos de ação, apesar de inicialmente o nosso principal intuito ser a utilização da Estimulação Cognitiva como meio para a mudança de metodologias de intervenção, formas de organização, obtenção de processos de Envelhecimento bem-sucedidos e manutenção das capacidades cognitivas com vista à capacitação, integração e participação social dos Indivíduos, percebemos que estes elementos se influenciam mutuamente e que a Estimulação Cognitiva pode, de facto, ser vista como uma forma de transformar as vivências e contextos sociais nos quais os Idosos estão inseridos. Assim, através do diagnóstico de necessidades constatamos que, para além da necessidade de intervenção em termos cognitivos, a nossa unidade real de análise apresenta, paralelamente, outros aspetos que poderiam ser aprimorados. Em função dos mesmos desenhamos quatro planos de ação que perspectivam possíveis respostas às carências diagnosticadas. Deste modo, o Plano de Ação I- “Entrelaçar” é direccionado para a criação e aprofundamento de laços entre os Residentes, bem como

entre Estes e os profissionais que trabalham na Instituição. O Plano de Ação II- “Estimular e Capacitar” passa pela utilização da Estimulação Cognitiva como mecanismo capaz de gerar a mudança em termos de diferenciação de rotinas, Estimulação Cognitiva e capacitação dos Residentes, objectivando a sua participação e integração social. O Plano de Ação III- “Alertar, Capacitar e Sensibilizar” apresenta como objetivo a sensibilização e capacitação dos recursos humanos que integram a Instituição face ao processo de Envelhecimento, às suas especificidades e necessidades, e, ainda, relativamente à necessidade de utilizar a Estimulação Cognitiva diariamente nas rotinas do quotidiano com vista à manutenção do estado cognitivo e funcional dos Idosos. Por fim, o Plano de Ação IV- “À Minha Maneira”, procura, essencialmente, transformar as normas que regulamentam o funcionamento Institucional, para que este se assemelhe cada vez mais a uma verdadeira casa, ao Lar que os Indivíduos outrora tinham.

## CAPÍTULO I- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA INTERVENTORA: INVESTIGAR PARA AGIR

---

A Metodologia apresenta-se como um processo fulcral para qualquer interventor social, uma vez que possibilita “(...) precisar e estudar a ou as “maneiras de fazer” em trabalho social, a forma de proceder segundo uma certa ordem e seguindo princípios” (Robertis, 2011, p: 64). No presente capítulo serão analisadas e explanadas as “formas de fazer” que são aplicadas na construção do Trabalho de Projeto. Tendo em consideração a tipologia do Trabalho Final, é de salientar que, em relação à Metodologia em uso, o foco recai sobretudo na Metodologia de Investigação-Ação, mais concretamente na modalidade da Investigação Para a Ação e ainda na Metodologia Participativa de Projeto.

Quando se faz referência à Investigação-Ação, é essencialmente indicada um tipo de Metodologia que analisa e estrutura os diversos procedimentos e modos de intervenção. Segundo Guerra (2002), aquando da inserção em contextos de intervenção, todas as ações que possuam um teor científico implicam obrigatoriamente uma Metodologia de Investigação-Ação. Este tipo de Metodologia está dividido em duas modalidades: **a Investigação Na Ação**, onde o interventor social se depara com uma Metodologia cujo objetivo é conhecer e intervir simultaneamente e a **Investigação Para a Ação**, a qual apresenta inicialmente o desenvolvimento de um processo de investigação e secundariamente a intervenção, ou seja, em primeiro lugar o trabalhador social vai conhecer para, num momento futuro, intervir. É com base nas características da segunda modalidade que desenvolvemos o Trabalho de Projeto.

A Metodologia de Investigação-Ação é constituída por três elementos principais, designadamente: a **ação**, onde o objetivo primordial é alcançar a mudança social numa realidade concreta; a **investigação**, cuja principal finalidade é a procura de novas dinâmicas, bem como a intenção dos Indivíduos implicados na ação; e, por último, a **formação**, vista como associada a todo o processo de conhecimento e ação, na qual são mobilizadas as competências dos diversos protagonistas em função de objetivos próprios (Ibidem).

Como foi anteriormente mencionado, dentro da Metodologia de Investigação Interventora existem dois tipos. Tendo em consideração as características do Trabalho de Projeto, a **Investigação Para a Ação** é a modalidade que mais se coaduna com o mesmo. Silva (2014), distingue as duas modalidades referindo que a Investigação Para a Ação é suscitada pela manifestação da necessidade de conhecer ou investigar um determinado problema para, posteriormente, intervir no mesmo e contribuir para a sua superação.

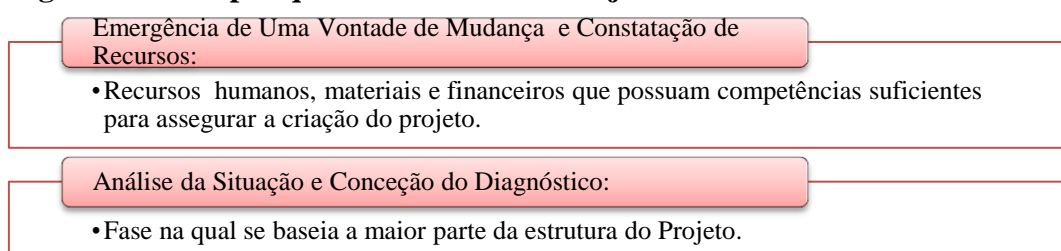
A Metodologia Participativa de Projeto trata-se, segundo Guerra (2002), da Metodologia de planeamento na área de intervenção social. Nesse sentido, tendo em consideração que o que pretendemos com o desenvolvimento do Trabalho de Projeto é conhecer para mais tarde superar necessidades e problemas sentidos numa realidade particular, ou seja, intervir socialmente, este é o tipo de Metodologia utilizado na construção do Trabalho Final de Mestrado que, enquadrando-se visivelmente na Metodologia de Investigação-Ação, apresenta como principal objetivo obter conhecimentos a respeito de um determinado tema e alterar um contexto de ação.

Um projeto pode ser visto, essencialmente, como uma forma de prever, guiar e preparar o caminho a percorrer, para o seu posterior desenvolvimento (Serrano, 2008). É, também, uma previsão antecipada das ações a realizar, as quais permitirão o alcance de determinados objetivos, e, ao mesmo tempo:

“(…) a expressão de um desenho, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder (...) é sobretudo a resposta ao desejo de mobilizar as energias disponíveis com o objetivo de maximizar as potencialidades endógenas de um sistema de ação garantindo o máximo bem-estar para o máximo de pessoas (Guerra, 2002, p:126)”.

Deste modo, tendo em consideração que qualquer projeto preconiza alcançar os objetivos a que se propõe com a maior eficiência e eficácia possível, é deveras importante evidenciar e descrever de forma detalhada todo o processo a desenvolver. Assim, estão expostas, na figura abaixo, as principais etapas que constituem um projeto de intervenção:

### **Figura nº 1- Etapas que Constituem um Projeto**



#### Desenho do Plano de Ação:

- Opções sobre o percurso;
- Finalidades;
- Os objetivos gerais e específicos;
- Os meios ou as estratégias;
- Planos de ação.

#### Avaliação do Projeto:

- Avaliação.

*Fonte: Guerra (2002)- Elaboração Própria*

Um projeto é planejado, orientado e desenvolvido para a superação de problemas e necessidades diagnosticadas numa determinada realidade social. Deste modo, a metodização, ou, por outro lado, a organização em função de determinados aspetos, bem como a conjugação de diversos agentes e ideias sem qualquer ligação entre si à primeira vista, possibilitam a sua concreta interpretação e compreensão (Serrano, 2008). Por esta linha de pensamento, inicialmente, numa primeira fase o projeto foi desencadeado por uma vontade de mudança num contexto social onde se constata certos problemas.

Segundo Guerra (2002) a Metodologia Participativa de Projeto baseia-se no pressuposto de que qualquer objetivo de intervenção tem como pilar o conhecimento da realidade. Também Serrano refere que a elaboração de um projeto implica “ (...) uma reflexão séria e rigorosa sobre o problema social concreto que pretendemos melhorar” (2008, p:19). Neste sentido, na segunda etapa do desenvolvimento do projeto, será efetuada a análise da situação e a conceção de um diagnóstico, ou seja, foram identificadas “(...) mudanças sociais que formatam uma determinada problemática sobre a qual vamos intervir” (Guerra, 2002, p:129) isto porque, a correta e eficiente realização do diagnóstico vai assegurar a efectividade das respostas às necessidades e problemas constatados, condição que é indispensável à realização de um projeto de intervenção viável e eficaz.

Assim, sendo o diagnóstico perspectivado como um instrumento fundamental em qualquer projeto, é de salientar as diferentes fases do mesmo (Guerra, 2002): **o Pré-Diagnóstico**- assume-se como uma etapa exploratória que é sustentada pela informação suportada nos documentos existentes- método de análise documental- bem como pelas entrevistas com informadores privilegiados. Nesta fase é definido um plano para a análise da realidade onde pretendemos intervir, são identificados os principais intervenientes (Residentes, interventores, contextos). São, também, estipuladas as

finalidades do diagnóstico e identificadas as principais áreas a abordar, sendo essencial determinar informações a recolher, as fontes, os métodos e o potencial uso dos dados; **O Diagnóstico**- enquanto “(...) fase de vital importância para a elaboração de projectos (...) permite localizar os principais problemas (...) dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de acção para a sua resolução gradual” (Serrano, 2008, p:29). Prende-se com a recolha de informação ao nível da identificação dos pontos fortes e da sustentabilidade dos mesmos no presente, da identificação dos pontos fracos atuais e do seu risco de prolongamento, da deteção das oportunidades a médio e longo prazo, bem como das principais ameaças. É, ainda, determinado o contexto e os limites do diagnóstico. Nesta fase, é indispensável interpretar as informações recolhidas em função da conceptualização teórica problematizada.

Em forma de conclusão, segundo a mesma Autora, o diagnóstico deve conter como principais elementos a identificação das causas dos problemas, o que presume o recurso a quadros teóricos de referência, a caracterização aprofundada do problema, a constatação dos recursos que eventualmente contribuirão para a superação da questão em análise e a definição de prioridades de intervenção, deduzidas da análise anteriormente efetuada. A terceira etapa, que constitui a construção de um projeto, o **desenho do plano de ação**, é vista por Serrano (2008) como o passo posterior à constatação e consciencialização do diagnóstico e é caracterizada, principalmente, pelas finalidades, objetivos gerais, objetivos específicos, estratégias de intervenção e pela elaboração de planos e programas de ação. Ou seja, trata-se de um agrupado de métodos a seguir, com o objetivo de imputar um sentido de racionalidade às ações que pretendemos executar. Os planos de ação evidenciam e descrevem o que se pretende efetuar, quando, a quem compete realizar e quais os recursos indispensáveis. As atividades desenvolvidas nos planos de ação são deduzidas da relação entre os objetivos e as estratégias e visam executar os objetivos definidos.

Relativamente à última etapa da Metodologia Participativa de Projeto- **avaliação**- uma vez que utilizamos, dentro da Metodologia de Investigação-Ação, a modalidade de Investigação Para a Ação, importa salientar que, tendo em consideração que o projeto desenvolvido poderá ser implementado no futuro, apresentamos uma proposta de avaliação. Esta, enquanto componente da Metodologia Participativa de Projeto, é constituída por mecanismos e meios de controlo que apresentam como principal objetivo conhecer os resultados da intervenção e, se necessário, intervir no rumo que

esta está a levar, de forma a corrigir a mesma. Trata-se de um elemento fundamental, uma vez que, nos diferentes momentos em que pode ser aplicada, proporciona ao interventor social uma visão daquilo que está a alcançar com o desenvolvimento de um determinado projeto. Também Serrano concebe a avaliação como etapa de elevada importância num projeto de intervenção, na medida em que nos permite “(...) reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática, a fim de corrigir aqueles no futuro” (2008, p:89).

Desta forma, segundo Guerra (2002) é possível considerar diferentes modalidades de avaliação. Assim, num primeiro momento, importa salientar que escolhemos efectuar a de forma **auto avaliativa**, ou seja, a equipa que idealiza, concebe e aplica o Projeto será a mesma que o avalia, objectivando a auto-perceção face aos resultados esperados e obtidos (Guerra 2002). Optamos por este tipo de avaliação uma vez que pretendemos olhar para a mesma não apenas como um instrumento de medida, mas, ao mesmo tempo, como uma forma de aprendizagem e formação. Segundo a Autora, podemos e devemos perspectivar a avaliação como um momento de aprendizagem por via da racionalização e reflexão dos resultados obtidos no contexto social no qual intervimos, aprendendo desse modo a “(...) gerir, adaptar as soluções às necessidades e aos contextos evolutivos que se modificam constantemente (...)” (Guerra, 2002, p:186).

No que diz respeito aos momentos de avaliação, atentando ao facto de pensarmos ser importante obter uma visão relativamente à pertinência de implementação do projeto, ao modo como está a ser desenvolvido no sentido de alterar eventuais aspetos de forma a orientar o mesmo como ambicionado inicialmente e, ainda, com o objetivo de verificar se este está efetivamente a ser frutífero, utilizaremos a avaliação com base na temporalidade. Este tipo de avaliação permite o acompanhamento do Projeto desde que é pensado até ao momento em que é implementado. Assim, esta será efetuada em diferentes fases, isto porque “a avaliação não é uma etapa final ou terminal num projeto, (...) deve estar presente desde o início até ao fim (...) com o propósito de controlar a forma como se alcançam os resultados, as lacunas existentes no processo, os aspetos não previstos que vão surgindo na aplicação do projeto (...)” (Serrano, 2008, p:85). Assim, com base na temporalidade, é possível referir os seguintes tempos de avaliação: a avaliação diagnóstica (ex- ante); a avaliação de acompanhamento (on- going) e a avaliação de resultados (ex- post); **a avaliação diagnóstica (ex- ante): é “a avaliação para o planeamento** de programas de intervenção social, que consiste essencialmente

em estimar a amplitude e a gravidade dos problemas que necessitam de uma intervenção e elaborar programas em função desses problemas” (Guerra, 2002, p:196). Neste momento, a avaliação é constituída pelos seguintes pontos: conhecimento da amplitude do problema, definição dos beneficiários e participantes do projeto e definição das estratégias mais eficientes. Nesse sentido, consideramos a sua utilização de extrema utilidade, pelo facto de ser possível efectuar primeiramente uma avaliação diagnóstica da situação de forma a obter dados que nos possibilitem um diagnóstico e consequente conhecimento aprofundado das questões consideradas problemáticas e, ainda, uma noção face às melhores formas e estratégias para elaborar de forma mais eficaz e eficiente possível a intervenção. Então, podemos considerar esta etapa da avaliação com base na temporalidade realizada com sucesso, visto que, através do diagnóstico e consequente conceptualização teórica, foi possível inferir as necessidades que carecem de intervenção e o caminho a percorrer com vista à sua superação, como veremos no decorrer do Trabalho Final. Na **avaliação de acompanhamento (on- going)**: “na fase de execução, pretende-se saber se os projetos de intervenção estão a atingir os grupos-alvo e se estão a assegurar os recursos e serviços previstos” (Ibidem). Isto é, tem como finalidade determinar, metodicamente, se tudo está a ser realizado de acordo com o planeado. No fundo, pretendemos obter uma visão relativamente ao rumo que o Projeto está a levar, comparativamente ao que foi estabelecido no momento de planeamento, para que, sendo necessário, seja possível alterar a sua rota. Finalmente, depois de executar um Projeto, urge conhecer o impacto que este teve no contexto em que se pretendeu imprimir a mudança. **A avaliação final (ex- post)**: “consiste em averiguar em que medida o projeto produziu as mudanças que se tinha desejado e quais os resultados não esperados (...)” (Guerra, 2002, p:196-197). Este tipo de avaliação pretende, essencialmente, perceber até que ponto o projeto delineado inicialmente foi eficaz, se os objetivos executados foram cumpridos, assim como os seus resultados. Aparece num último momento como uma forma de verificação dos resultados obtidos e do alcance dos objetivos e finalidades traçados. Caracteriza e realiza-se essencialmente por via de uma **avaliação à base de objetivos**. Esta última pauta-se, precisamente, pela medição da eficácia, eficiência e intensidade com que os objetivos e finalidades foram atingidos (Idem). Ou seja, através do estabelecimento de indicadores, bem como da utilização de métodos de recolha de dados quantitativos e qualitativos será possível estimar o sucesso da intervenção. Deste modo, a última etapa de um projeto será dada como concluída.

## **CAPÍTULO II- AS DIFERENTES FACES DO ENVELHECIMENTO**

---

A teoria, num processo de investigação, surge como fundamental na solidificação e confirmação de ideias, com frequência, inicialmente obtidas através do senso comum. Neste sentido, no decorrer do desenvolvimento de um Trabalho de Projeto, tendo em atenção o tipo de Metodologia em uso, o conhecimento é imprescindível para que primeiramente seja possível compreender as principais questões e alterações sociais em análise. Assim, considerando que na fase da investigação foram utilizados diferentes conceitos e teorias com o intuito de obter um quadro teórico que possa sustentar os problemas sociais diagnosticados, vamos, de seguida, expor de forma sucinta o enquadramento teórico referente ao processo de Envelhecimento e implicações da Institucionalização.

### **2.1. O Fenómeno do Envelhecimento**

“O envelhecimento está associado à ancianidade e refere-se ao modo como envelhecemos (...) é um processo complexo, dinâmico, que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte” (Lima, 2010, p:15). Seguindo esta linha de raciocínio, o Envelhecimento apresenta-se como uma preocupação constatada mundialmente. Para controlar esta realidade que expõe a existência de uma franja da população tendencialmente mais vulnerável e em risco de exclusão, é necessária a criação de políticas de intervenção junto da população Idosa, as quais sejam reconhecidas como mecanismos estruturadores de garantias sociais, evitando a sua marginalização e almejando a participação ativa da mesma.

Visto como problema social, o Envelhecimento converteu-se num objeto de intervenção a partir da constatação, por parte da sociedade, dos direitos inerentes a todos o cidadãos, isto é, o direito a um sistema de garantias sociais que permita aos Indivíduos integrarem-se na sociedade (Carvalho, 2013). O próprio avanço na medicina e nas tecnologias da informação e comunicação, bem como, o alcance de melhores condições de vida e a ampliação das repostas de saúde, contribuem, em larga escala, para o aumento da esperança média de vida da população e, conseqüentemente, para o acréscimo das Pessoas Envelhecidas e em vias de Envelhecimento na sociedade. Desta

forma, corroborando a nossa perspectiva, “O crescimento contínuo dos índices populacionais de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos envolve situações complexas de equacionar, principalmente, a falta de equipamentos sociais, recursos financeiros e habitacionais (...) declínio do estado geral de saúde, fraco acesso aos cuidados de saúde, dificuldades de apoio familiar (...)” (Ferreira, 2010, p:15). Também (Paúl & Ribeiro (2012) constatam que, devido ao aumento da longevidade e do envelhecimento da população, são colocados cada vez mais desafios aos profissionais da área, bem como às figuras políticas e teóricos que discernem em relação a estas matérias. Neste sentido, os Autores consideram importante perceber se este incremento da esperança média de vida se faz acompanhar, ao mesmo tempo, pelo aumento ou diminuição de processos de Envelhecimento patológicos. Baseando-se em Crimmins e Beltrán- Sanchez (2011) e em dados relativos à dependência em termos de mobilidade e ao surgimento de outras patologias consideradas graves, constatam o referido aumento da morbidade. Estas situações, associadas a processos de Envelhecimento patológico onde se verificam quadros de Demência e outras patologias neurodegenerativas contribuem, por diversas vezes, para a Institucionalização das Pessoas Idosas, visto que cada vez mais a Família deixa de assumir o papel principal na prestação de cuidados devido às alterações na estrutura familiar.

### **2.1.1. Modos de Envelhecer**

Sabe-se que o processo de Envelhecimento é certamente único e individual. A formação pessoal, académica e profissional que possuímos permitem-nos depreender que o mesmo e a forma como é vivenciado dependem de várias determinantes pessoais, sociais, biológicas e económicas, ou seja, factores que inevitavelmente influenciam positiva e/ou negativamente o estado do Indivíduo e que contribuem para um processo de Envelhecimento bem ou mal sucedido. Desta forma, é possível identificar alguns Modelos de Envelhecimento através dos quais podemos compreender os distintos modos de Envelhecer e, conseqüentemente, utilizar os mesmos na criação de projectos de vida e formas de intervenção nas Instituições que prestam serviços aos Idosos.

O Modelo do Envelhecimento Saudável “(...) associado à condição de saúde numa ótica biomédica (...)” (Carvalho, 2013, p.9) classifica o mesmo em três vertentes: positivo, negativo e normal. Positivo, na medida em que se trata de um Envelhecimento no qual se verifica a ausência de patologias. Negativo ou patológico, comparativamente

ao que foi mencionado anteriormente, pelo facto de ser caracterizado pela prevalência de patologias. Normal, no sentido em que os Indivíduos utilizam estratégias próprias para prevenir o surgimento das patologias (Carvalho, 2013). No âmbito do Trabalho de Projeto, importa salientar que este modelo evidencia como aspeto preponderante no aumento das patologias o afastamento dos Idosos da vida social (Viegas e Gomes, 2007), o que pode levar a que se pense na Institucionalização e nas quebras com o social que existem aquando do ingresso nas Instituições. Noutra abordagem, desta feita perspectivada por Baltes e Margaret (1990), o Modelo do Envelhecimento Bem-Sucedido surge como um processo constante, coordenado e focado no qual os seus atores principais, consoante as suas ambições e interesses, escolhem e traçam o modo como pretendem vivenciar esta fase da vida. Com base na abordagem anteriormente referida, o modo de Envelhecer é o culminar de aspetos como “(...) capacidade de prevenção das doenças, maximização das funções cognitivas, participação e integração nas redes de suporte familiar (...)” e ainda “(...) a capacidade dos indivíduos e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento” (Carvalho, 2013, p.9). No entanto, Baltes e Margaret referem que, para que seja possível cumprir os requisitos supra referidos, “(...) a provisão de recursos sociais e oportunidades é um pré requisito (...) devem ser oferecidas oportunidades e apoios sociais que promovam o desenvolvimento” (Baltes e Margaret, 1990, p:290). Naturalmente, e considerando a sua importância, não poderíamos analisar o Envelhecimento bem-sucedido enquanto modelo sem abordar o princípio do modelo de selecção, optimização e compensação (SOC). A respeito do mesmo, segundo Ballesteros (2009), considera-se que tem sido visto enquanto sistema motivacional na base do modelo de Envelhecimento que perspectiva o funcionamento do Indivíduo ao seu mais alto nível. Segundo Baltes e Margaret (1990), ainda que o modelo mencionado ocorra ao longo de toda a vida enquanto estratégia de coping, assume um significado acrescido nos Idosos, devido às perdas nas capacidades cognitivas, sociais e biológicas. Este processo geral de adaptação é constituído pela selecção- dirigida em particular ao ambiente-, onde se verifica uma restrição crescente de tarefas de um dado domínio que decorre das perdas no potencial adaptativo associadas à idade, ou seja, o Indivíduo deve privilegiar áreas prioritárias fazendo convergir as exigências ambientais e as motivações, as competências e as capacidades biológicas individuais. Deste modo, para permitir a experiência subjectiva da satisfação e do controlo pessoal, pressupõe um ajuste das expectativas. A compensação- que desempenha um papel de catalisadora e facilitadora

na adaptação à perda- surge como extremamente relevante quando se verifica a falta ou diminuição das capacidades comportamentais e de determinadas competências. Esta é particularmente utilizada quando os objetivos almejados pelo Indivíduo requerem um desempenho considerado acima das suas capacidades físicas e ou cognitivas. Neste sentido envolve elementos de aprendizagem como sejam as mnemónicas e tecnológicos como, por exemplo, os aparelhos auditivos. Tendo em consideração que a intenção primordial é, antes de mais, manter o objetivo que se pretende alcançar, mas utilizar novos meios que colmatem as perdas para o fazer, é possível distingui-la da seleção. Finalmente, a optimização- enquanto etapa dirigida à maximização dos lucros- concretiza-se com base na envolvimento dos Indivíduos em comportamentos e atividades capazes de contribuir para o aumento e enriquecimento das suas capacidades físicas e psíquicas, tirando o maior proveito dos percursos e objetivos seleccionados. Deste modo, encontra-se intimamente associada a variáveis contextuais e ambientais, nomeadamente a realização de atividades que incluam o exercício físico e cognitivo.

Assim sendo, também através desta abordagem que preconiza um Envelhecimento bem-sucedido, é possível constatar como factores imprescindíveis o investimento na maximização das funções cognitivas e a manutenção dos laços familiares e sociais, corroborando a finalidade do Trabalho de Projeto tal como a importância e o peso que as questões referidas devem imprimir ao trabalho diário das diferentes entidades que cooperam com e para este grupo populacional. Estes são, na nossa perspectiva, dois dos aspectos que carecem de maior atenção nas Instituições que prestam apoio à população Idosa, sendo igualmente importante como a criação de projectos nesse sentido, a sensibilização e formação dos diferentes grupos de recursos humanos que estão inseridos nesses contextos.

Finalmente, criado e definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (Active Aging Framework, 2002), surge o Modelo do Envelhecimento Ativo, perspectivando esta fase da vida enquanto experiência positiva, aprimorando-a. Como referido anteriormente, este modelo assenta em quatro pilares fundamentais, a participação, segurança, saúde e a aprendizagem ao longo da vida:

“(…) a **participação** social na comunidade em que se está inserido, e que é marcado pelas relações estabelecidas com distintos subsistemas institucionais. A família, os grupos de

pares, o exercício da cidadania emergem como palcos incontornáveis da vida social do ser humano e a participação ativa nestes contextos, a verdadeira prova de vida (...) a **segurança**, abrange um largo espectro de questões macro que lançam um olhar crítico sobre o planeamento urbano e os lugares habitados, mas também atentam sobre os espaços privados e o clima social de não-violência das comunidades (...) O fator **saúde**, baseada em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio, a qual se institui desde logo como um dos aspetos centrais do envelhecimento” (Ribeiro & Paúl, 2011, p: 4)

O “Envelhecimento Ativo: um Marco Político em resposta à Revolução da Longevidade” (ILC- Brasil, 2015) efetua uma revisão e actualização ao que ficou conhecido como Active Ageing Framework publicado em 2002 pela OMS e acrescenta um novo pilar ao conceito: a aprendizagem ao longo da vida. O seu surgimento prende-se com o avanço da globalização e a constatação das mudanças a nível do desenvolvimento do conhecimento. Neste sentido, o conhecimento passa a ser perspectivado, atualmente, como um bem que possui valor comercial e estratégico. É nesta aceção do termo que a informação é vista como um processo fundamental para a prossecução do Envelhecimento Ativo. Possuindo um papel preponderante no que diz respeito à inserção no mercado de trabalho e na sociedade, apresenta-se, também, como um instrumento capaz de garantir o bem-estar, o sentimento de utilidade e integração social e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Ao mesmo tempo, a aprendizagem ao longo da vida afigura-se como uma ferramenta passível de, através da capacitação, assegurar um sentimento de confiança mais elevado no que se refere à participação social e ao poder de decisão (ICL- Brasil, 2015). Para os Autores, a necessidade e pertinência da aprendizagem diversa ao longo da vida de um Indivíduo verifica-se não só através da educação formal que nos permite construir uma carreira profissional e ser valorizados em termos de utilidade social, mas, em simultâneo, pela educação para a saúde enquanto condição essencial para o auto-cuidado, pela educação financeira no sentido de capacitar as Pessoas a gerir as suas próprias economias e pela educação tecnológica, enquanto meio de ligação e atualização face ao que acontece no mundo. “Ficar desatualizado sobre os avanços tecnológicos pode fazer com que a pessoa não possa mais exercer a profissão que aprendeu” (ICL- Brasil, 2015, p:49). Relativamente a este último ponto, consideramos que seria muito interessante capacitar os Idosos nesse sentido, uma vez que perspectivamos o avanço na tecnologia como um dos factores de segregação mais evidentes relativamente aos Mesmos.

O Modelo em análise destaca a importância da autonomização, do envolvimento e capacitação do Indivíduo na compreensão e no desempenho do papel principal no seu processo de Envelhecimento. Segundo Carvalho (2013), por este prisma, evidenciam-se

os direitos individuais e colectivos deste grupo populacional, sob a forma de participação e dignidade humana bem como de responsabilidade, justiça e equidade social, em termos dos serviços que se dedicam aos mais Velhos. Para os profissionais da área, esta é uma oportunidade para novas formas e metodologias de intervenção onde o objetivo é emancipar os Idosos, tornando-os capazes e aptos para se fazerem ouvir e inserir nos diferentes grupos sociais, tal como para alterarem os preconceitos e estereótipos de ociosidade e incapacidade associados a esta faixa etária

## **2.2. As Implicações da Institucionalização na Velhice**

“A declaração de uma política da terceira idade na Constituição de 1976 mudou a forma de encarar as respostas sociais ao envelhecimento no nosso país. Progressivamente, o estado tem promovido um investimento organizado em respostas sociais dirigidas aos problemas da população envelhecida que passam sobretudo pela substituição dos tradicionais asilos pelos lares e pela criação de outro tipo de ofertas, como os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário, cujo principal objetivo é a manutenção das pessoas idosas por mais tempo nas suas residências” (Marques, 2011, p:74-75).

No sentido de aprofundar e remeter o mais aproximadamente possível aos dias de hoje a informação acima disponibilizada, consideramos pertinente efectuar uma pequena análise estatística no que se refere à resposta social que nos propomos a analisar no presente ponto. Contemplando tal intuito, com base na ferramenta “CARTA SOCIAL- REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS” (2015) podemos constatar que a ERPI é vista pela Rede de Serviços e Equipamentos como uma das respostas dirigida às Pessoas Idosas e que, não só é da sua responsabilidade garantir a satisfação das ABVD e AIVD dos Indivíduos que acolhe, mas, também, “(...) promover a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso e este se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição” (GEP & MTSSS, 2015, p: 36).

Posteriormente, verificamos que existiu uma evolução de 57%, entre 2000 e 2015, no que concerne ao número de respostas que se propõem a colmatar a multiplicidade de questões colocadas pelos processos de Envelhecimento, patente sobretudo nas respostas sociais ERPI (66%) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (71%). Relativamente ao aumento da capacidade, também se verifica um crescimento de 72 % no referido período, bem como no surgimento de mais de 111 000 novos lugares, a partir de 2000.

A ERPI, no que se refere à sua taxa de utilização, esta apresenta-se fixada nos 92% no período de 2000 a 2015, comparativamente a outras respostas sociais dirigidas à

população Idosa que têm vindo a registar uma diminuição colocando-se abaixo de 80%. No entanto, os Autores ressaltam que “(...) o facto do aumento da oferta não ser acompanhada, ao mesmo ritmo, pela procura poderá constituir uma das razões que explicam esta tendência, sem esquecer as dificuldades financeiras sentidas nos últimos anos pelas famílias” (GEP & MTSSS, 2015, p:42). A este respeito salientamos os valores praticados nas ERPI que se evidenciam, muitas vezes, como insuportáveis para muitos Idosos e seus significativos. Embora nas IPSS exista um limite quanto aos valores a praticar pelos serviços fornecidos, as Instituições de carácter lucrativo, aproveitando-se com frequência do desespero dos familiares por uma resposta que colmate as necessidades sentidas, incrementam os seus valores tornando-os insustentáveis perante o panorama económico de muitas Famílias.

Para concluir, e ressaltando que outros indicadores serão analisados posteriormente no diagnóstico psicossocial, importa referir que se pode constatar a expansão das respostas que visam suprir as necessidades dos Idosos em vários níveis, sobretudo, no caso da ERPI e SAD. Uma possível explicação para este crescimento pode ser vista à luz da procura por serviços diferenciados e agrupados num mesmo local, como acontece nas ERPI, onde, para além do alojamento, higiene pessoal e habitacional, serviços de alimentação, tratamento de roupas, atividades de animação sócio cultural, enfermagem e até medicina geral e familiar, começam a manifestar-se outro tipo de serviços que se afiguram como relevantes, nomeadamente a fisioterapia, psicologia e serviços de estética e cuidado da imagem (GEP & MTSSS, 2015).

Analisando as mudanças na estrutura familiar, percebemos que, numa altura em que se procura perspectivar o Envelhecimento como uma fase em que os Idosos possam gozar os lucros de uma vida de trabalho, através da inserção em atividades que potenciem o bem-estar, a qualidade e a satisfação, é ao mesmo tempo inevitável considerar “o outro lado da moeda”. Ou seja, situações em que o processo de Envelhecimento é marcado pela presença de algumas patologias que possam comprometer a qualidade de vida do Indivíduo e a sua inserção em atividades recreativas e prazerosas, ou casos em que se verifica a ausência de retaguarda familiar e/ou social, são igualmente passíveis de serem equacionados.

Ao mesmo tempo, importa relembrar que as mudanças que se constata na sociedade e, mais concretamente, nas estruturas familiares, evidenciam uma transição

de papéis no que diz respeito ao cuidar. A Família, que outrora assumia o papel de cuidador principal e garantia a manutenção do processo de Envelhecimento dos seus ascendentes no seio familiar, assume, agora, mais e continuas responsabilidades com os seus descendentes, carreiras profissionais e vida social. Desta forma, a Família deixa de desempenhar o papel de cuidador principal e confia o cuidar a entidades que se comprometem a garantir a qualidade de vida, segurança, bem-estar e estabilidade dos seus familiares. Tendo em consideração as inúmeras funções que a Família desempenha e procura desempenhar, como forma de responder a todas as exigências que lhe são colocadas, é compreensível a procura de apoios por parte de terceiros no que se refere à prestação de cuidados que cada vez mais se evidenciam como especializados. Assim sendo, as instituições que prestam serviços a uma franja da população que continua a aumentar exponencialmente, surgem como a melhor hipótese em termos de cuidados, pelos factores enunciados anteriormente. Contudo, é preciso analisar o funcionamento deste tipo de instituições sob pena de estas se tornarem impeditivas e nocivas à obtenção de qualidade de vida por parte dos recetores e consumidores de serviços e à garantia de execução dos seus direitos enquanto cidadãos e seres humanos. Também Guedes (2012), que parte para uma análise aos Lares de Idosos no sentido de perceber as consequências concretas da Institucionalização face à identidade dos Mesmos, corrobora a informação supra referida, evidenciando que “(...) assistimos, concomitantemente, a modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas e implicam a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações” (Guedes, 2012, p:16).

No seguimento do que foi anteriormente mencionado, a Institucionalização surge inicialmente como uma política de intervenção social no Envelhecimento, que, apresentando um carácter protector e providencial, é suportada essencialmente pelo paradigma assistencialista. Segundo Carvalho (2013), pelo facto de se caracterizar como uma resposta social de emergência ou de suporte que foi criada em função da procura existente, foi ajustada à população Idosa sem ter em consideração as suas especificidades. A Autora explica esta questão referindo que, uma vez que a Institucionalização era outrora utilizada face a diversas problemáticas sociais, no momento em que se criou o modelo de funcionamento Institucional direccionado à população Idosa, apenas se ajustou o mesmo numa lógica piramidal. Esta lógica

sustenta-se num sistema vertical que perspectiva os recetores de serviços como subjugados e cumpridores das normas e políticas Institucionais, na medida em que possui os próprios regulamentos que organizam a vida do Indivíduo em termos de deveres e direitos, rotinas e horários, dentro de um determinado contexto Institucional (Ibidem). Consideramos que, efectuando uma comparação à análise efetuada por Goffman (1961) às Instituições que prestam vários tipos de serviços, como veremos posteriormente, este modelo de organização das Instituições apresenta aspetos que se corroboram, nomeadamente no que concerne à sujeição dos Indivíduos a uma série de regulamentos, deveres, direitos, rotinas e horários sob a alçada de uma só entidade num mesmo espaço. Assim, tal como depreenderemos através da análise da obra anteriormente referida, também este tipo de modelo organizacional das Instituições clássicas (onde existe uma lógica de hierarquia vertical) apresenta contradições relativamente aos modelos de Envelhecimento propostos e defendidos atualmente, uma vez que o exercício democrático do poder, a autonomia, independência, a privacidade, a participação e integração social não são preconizados como aspetos essenciais ao bem-estar dos Idosos.

Por outro lado, referindo-se num segundo momento em particular às novas IPSS, Carvalho (2013) afirma que a forma organizacional anteriormente analisada foi adotada pelas mesmas por via de um modelo relacional que se baseia tanto numa lógica de “up-down” como de “slow-down”, isto é, numa lógica de hierarquia vertical e horizontal respetivamente, onde na primeira a distribuição do poder ocorre verticalmente existindo uma clara submissão, ausência de tomada de decisões e de participação por parte do grupo Institucionalizado e, na última, onde o poder circula de forma transversal, tendo por base a igualdade, a democracia e a intervenção para a cidadania, caracterizada por “(...) monitorizar a segurança e o conforto, ao mesmo tempo que cria redes comunicantes entre todos os agentes utilizadores e prestadores de serviços, tendo em linha de conta o interesse do coletivo e os interesses individuais” (Carvalho, 2013, p:28). Ou seja, para a Autora, apesar de os Indivíduos Institucionalizados poderem expressar as suas opiniões e preocupações, por outro lado, não são incentivados a participar nas escolhas que visam a superação das mesmas, fazendo com que exista uma desvalorização social.

Perante isto, após enquadrarmos de forma sintetizada a questão da Institucionalização, procuramos agora analisar o contexto social através de uma

perspetiva Goffmaniana, tendo em atenção a adequação atual dos conceitos teorizados e a aplicação efectiva dos mesmos no presente. Tal como refere Guedes (2012), não obstante as evidentes modificações que as Instituições que prestam serviços a terceiros têm vindo a sofrer, ainda persiste, atualmente, uma conceção das ERPI sustentada nas características pelas quais se pautavam os antigos asilos. Podemos comprovar a ideia em análise através das questões, anseios e correlações estabelecidas com as Instituições onde outrora eram colocados os enfermos, por alguns Idosos e os seus significativos aquando da realização de atendimentos com vista à admissão na Instituição. Neste sentido, parece-nos realmente importante e adequado utilizar o quadro teórico inicialmente mencionado, de forma a percebermos se nos dias de hoje as Instituições que acolhem e fornecem serviços aos Idosos são de facto passíveis de serem analisadas em função de particularidades e características que constituem conceitos como o de “Instituição Total”.

Os estabelecimentos sociais ou instituições segundo Goffman (1961) são locais, designadamente, conjuntos de salas, edifícios e fábricas, onde decorrem atividades de diversos tipos. Para o Autor, o controlo de várias necessidades humanas por via da organização burocrática de grandes grupos de Indivíduos, ainda que este seja visto como um meio eficiente de organização social, é uma característica fulcral das instituições totais da qual decorrem algumas consequências consideradas de grande importância: nas instituições totais, há uma separação principal entre o grande grupo dito controlado, isto é, os Residentes, e a equipa de supervisão. Por norma, os Residentes “(...) são os indivíduos que vivem na Instituição e apresentam um contacto restrito com o mundo externo” (Goffman, 1961, p: 18). Por sua vez, pelo contrário e como é habitual, a equipa de supervisão está integrada precisamente no mundo externo, através das diversas relações sociais e alianças profissionais que estabelece com as variadas entidades. A restrição existente face ao grupo controlado constata-se no que diz respeito à transmissão de informações, principalmente as que se referem aos planos que as equipas de supervisão têm para os Residentes. Por norma, o grupo de Residentes ou internados no caso concreto abordado na presente obra, raramente tem acesso ou conhecimento relativamente às decisões que são tomadas quanto ao seu destino, e, esta omissão proporciona à equipa de supervisão algum distanciamento e controlo relativamente ao grupo de internados (Ibidem). Também Campenhoudt (2003) identifica na sua obra uma conduta baseada no controlo e domínio dos indivíduos, ao

estudar as particularidades de “Manicômios, Prisões e Conventos” de Goffman (1961). Analisando a informação supracitada, tendo por base a experiência profissional e a fundamentação empírica adquirida, é possível verificar alguma compatibilidade face aos aspetos anteriormente enunciados, nomeadamente no que diz respeito ao controlo de diversas necessidades humanas através da organização burocrática de grandes massas. Isto porque, numa Instituição, ainda que nos objetivos da mesma a singularidade e a individualidade sejam preconizadas, tal nem sempre se concretiza devido à dificuldade existente em conciliar as especificidades e vontades de cada Indivíduo em termos organizacionais e logísticos, bem como devido à ausência de investimento na preparação, sensibilização e formação gerontológica especializada e atualizada. A primeira consequência decorrente deste tipo de domínio organizacional também é passível de ser constatada, na medida em que quase de forma mecânica e inevitável se constrói a separação entre os dois pólos Institucionais: os prestadores e os recetores de serviços. Ao mesmo tempo, é reconhecida a referida restrição ao nível das informações e escolhas que dizem respeito à vida dos Residentes, através da ausência de oportunidades para tal, e ainda de hipóteses e oportunidades de escolha face a aspetos como os projectos de vida, atividades implementadas e organizadas na Instituição, políticas e regulamentos Institucionais, entre outros.

Outra conclusão é marcada pela ideia de que é habitual que os Indivíduos que vão ser admitidos cheguem à respectiva Instituição com o que o Autor classifica de “cultura aparente”. Segundo Goffman (1961), esta advém do mundo familiar onde o Indivíduo detinha uma forma de vida e um agrupado de atividades aceites até então. Assim, qualquer que fosse a constância do estado de organização pessoal do novo internado, esta era parte integrante do seu ambiente o qual era composto por um conjunto de experiências que sustentavam a conceção que o Indivíduo possuía do seu Eu, e, possibilitavam, ao mesmo, a criação de distintas formas de proteção e gestão de conflitos e incertezas (Ibidem). No entanto, o Autor salienta que nas instituições totais, se ocorre uma mudança cultural, esta poderá ser referente à lacuna no acompanhamento das mudanças sociais que têm lugar no mundo externo, uma vez que as instituições totais não efectuam um esforço no sentido de auxiliarem os Indivíduos a alcançar uma vitória cultural durante o período em que permanecem na Instituição, porém “(...) criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional...” (Goffman, 1961, p: 23) utilizando, inclusivamente, essa mesma tensão

como meio de controlo dos Indivíduos. Assim sendo, o novo elemento da Instituição chega com algumas ideias de si mesmo que foram criadas por via de várias disposições consideradas constantes no seu meio doméstico. Posteriormente, quando entra, fica automaticamente desprovido dessas tais disposições, iniciando-se, ao mesmo tempo, um processo de degradação e humilhação do Eu, isto é, a estrutura do Eu vai sofrendo uma mortificação (Goffman, 1961). A partir deste momento, é então possível perceber as diferentes formas de mortificação pelas quais esta passa aquando da vivência em instituições consideradas totais.

A primeira diz respeito à barreira criada entre o mundo Institucional e o mundo externo: esta quebra com o social surge como a primeira mutilação do Eu, uma vez que, no mundo externo “(...) a sequência de horários dos papéis do indivíduo (...) assegura que um papel que desempenhe não impeça a sua realização e suas ligações noutra” (Goffman, 1961, p: 24). Já no mundo Institucional e mais concretamente nas instituições classificadas como totais, a participação do Indivíduo prejudica de imediato a prossecução de papéis, uma vez que, “(...) a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos” (Ibidem). Desta quebra entre o mundo externo e o mundo do internado decorre frequentemente o que o Autor designa como “despojamento do eu”. Também Guedes constata a efectiva separação entre os dois mundos, afirmando que condições como “(...) a saúde precária, dificuldades psicomotoras ou de autonomia ou até o “esquecimento” da família (...)” (2012, p:37) são factores que funcionam como catalisadores na criação desta barreira entre o mundo externo e o mundo Institucional. Do mesmo modo, Santos (2014), na sua análise particularmente sustentada em Goffman (1961) a um Lar de Idosos onde procura perceber se este é um local de vida ou de morte social, afirma a presença vincada da separação entre os dois pólos, nomeadamente através das barreiras Institucionais “o seu recinto é delimitado por gradeamentos e por um portão habitualmente fechado, cuja abertura e fecho são controlados remotamente por um membro do pessoal. Deste modo, apesar de o lar passar a constituir «a sua casa», as próprias residentes, mesmo as que são totalmente independentes, não podem entrar sem tocar a campainha e esperar que alguém lhes abra o portão” (Santos, 2014, p: 30). Com base no que pudemos observar, também a Instituição em análise demonstra a efectiva separação com o mundo externo. Tendo em consideração o facto de o seu exterior se encontrar vedado por muros e a entrada e saída dos Residentes e significativos ser sujeita a um compasso de espera,

devido à existência de um portão de fecho automático que só abre no interior da Instituição.

A segunda forma de mortificação é o processo de admissão dos Residentes. Comparando-o especialmente aos hospitais para doentes mentais, também este é visto como propiciador da perda e mortificação do Eu, na medida em que, no decorrer da admissão, a equipa responsável por este procedimento procura obter a história de vida do novo internado, recolher fotografias, roupas e bens pessoais que são guardados durante o período de tempo em que o Indivíduo vive no estabelecimento, são transmitidas as informações consideradas essenciais, é designado um lugar onde o internado vai dormir e é ainda atribuído um número ao mesmo (Goffman, 1961). Tendo em conta os procedimentos efectuados no decorrer do processo de admissão, o Autor chega a dizer que se poderia chamar de “arrumação” ou “programação”, uma vez que o novo elemento é quase que codificado, transformado num objeto e moldado através da rotina da Instituição. Esta segunda forma de mortificação identificada pelo Autor é parte integrante da entrada numa ERPI e é vista pelos profissionais como uma forma eficiente de recolha de informações consideradas mais relevantes acerca do novo Residente. Por outro prisma, é também exigida pelos normativos legais que vigoram na área da Gerontologia, pelo que tem obrigatoriamente de ser efetuada. Contudo, se as Entidades Reguladoras disponibilizam exemplares relativamente aos elementos que devem constituir os Processos Individuais dos Residentes e os respectivos Planos Individuais de Cuidados, estes são também passíveis de ser alterados e adaptados à política da Instituição. Ou seja, no que concerne aos componentes que se procuram recolher numa fase de admissão, baseando-se sobretudo em aspetos de carácter económico, habitacional e funcional, estes nem sempre se verificam como os mais importantes para a compreensão e apreensão das características e especificidades dos Indivíduos com vista à sua integração positiva e singular com base nas suas particularidades. Guedes comprova a informação supra referida, constatando que “(...) se privilegia a indagação relativa a questões económicas e de saúde do idoso, secundarizando informação socialmente relevante que torna o individuo num ser único e singular, digno de consideração” (2012, p:318). Ao mesmo tempo, verifica-se uma necessidade de esclarecer especialmente os significativos do novo Residente, estabelecendo contacto com os mesmos e colocando à margem, por vezes, a pessoa mais interessada no que será a sua vida dali em diante, eliminando à partida quaisquer possibilidades de

evidenciar o Idoso enquanto ator principal do seu projeto de vida e a preconização de valores como a democratização do exercício de poder. Também Guedes (2012) refere que, nesta primeira fase, as informações transmitidas e o estabelecimento de contactos em relação ao funcionamento diário da Instituição visam maioritariamente os familiares do candidato a Residente, considerando e integrando este último no processo de admissão com menor frequência.

A terceira forma passa pelo que o Autor denomina de idioma expressivo. Depois do ataque que a estrutura do Eu sofre no momento da admissão, segue-se outra forma de mortificação que passa pelo idioma expressivo de uma determinada sociedade, ou seja, Goffman (1961) refere-se, neste momento, a alguns movimentos e posturas físicas ou verbais que inferiorizam o Indivíduo e contribuem, mais uma vez, para a fragmentação. Uma dessas situações é pautada pela denominada “deferência obrigatória” das instituições totais, isto é a demonstração de respeito e consideração para com os grupos superiores, neste caso as equipas de Direção. É, no entanto, de salientar que, na ERPI em análise tal não se verifica como situação coagida, porém os Residentes sentem de facto a necessidade de evocar tais demonstrações de respeito.

A quarta forma de mortificação do Eu resume-se pela exposição contaminadora. No mundo externo, o Indivíduo tem a possibilidade de manter a sua privacidade, nomeadamente guardando os objetos que são significativos para si, protegendo-os. Contudo, nas instituições totais, tal não é passível de acontecer uma vez que existe primeiramente uma “(...) violação da reserva de informação quanto ao eu (...)” (Goffman, 1961, p: 31) onde toda a história de vida do Indivíduo e os diversos factos inerentes ao mesmo são colocados num dossier que fica à disposição da equipa de Direção, como verificamos anteriormente.

Numa segunda forma de exposição contaminadora, verifica-se que nas Instituições Totais é muito frequente que o internado seja obrigado a tomar medicamentos, tanto pela via oral como pela via intravenosa, bem como alimentos não desejados, e, se o Indivíduo se recusar a tomar os mesmos, existe uma contaminação imposta devido ao facto de ser alimentado contra a sua vontade (Idem). Neste sentido, importa salientar o conceito de função manifesta e função latente (Merton, 1970), na medida em que este tipo de condições são impostas aos Residentes objectivando à primeira vista o seu bem-estar e manifestando a preocupação dos profissionais com os primeiros. Contudo,

consideramos que a intenção é sobretudo dar primazia ao controle do grupo dos internados por parte do grupo dos profissionais. Assim, para Guedes, mediante situações e atores que assumem uma postura de imposição para com os Residentes “é, pois, vulgar que os idosos internados revelem um estatuto de pessoa diminuída, assumindo uma representação do “eu” degradada” (2012, p:40). Para além destes exemplos, Goffman (1961) salienta ainda o facto das visitas aos internados, na maioria das Instituições Totais possuir um carácter obrigatoriamente público. Relativamente a este aspeto, podemos constatar que também no contexto social em análise se verifica a ausência de um espaço privado onde os Residentes possam efetivamente refugiar-se, estabelecer e fomentar os laços com os seus significativos num ambiente íntimo e protegido dos julgamentos e olhares alheios que ocorrem no espaço público. Também Guedes (2012) verificou a dificuldade existente por parte dos Residentes em encontrar um lugar onde se pudessem reunir de forma privada com os seus significativos, num espaço designado única e exclusivamente para tal propósito. No seguimento do que foi anteriormente mencionado, a Autora afirma ainda que “(...) a ausência de espaços privados e de “territórios do eu”, que cumpram a função de “espaços- refúgio” (...) afiguram-se como situações que colocam em causa a integridade e o bem-estar dos residentes” (Guedes, 2012, p:321).

A última forma de mortificação do Eu é para Goffman (1961) a supervisão e controlo por parte das equipas. Este evidencia que numa Instituição Total “(...) os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos por parte da equipa (...)” (Goffman, 1961, p:31), quer isto dizer que a vida do novo internado, inicialmente e no decorrer do seu percurso na Instituição, passa a ser passível de controlo, supervisão e sanção por parte das equipas de Direção. Sustentando-se em Barenys (1993, p:163) Santos (2014, p:40-41) defende que não obstante a possibilidade de se reconhecer que qualquer Instituição que fornece serviços e acolhe um grupo de Indivíduos necessita de um conjunto de normas organizacionais “(...) por mínima que seja, tal não nos dispensa de continuar a avaliar o impacto que as regras concretas de uma dada instituição podem ter não somente no declínio intelectual e relacional dos idosos mas, também, no seu próprio declínio psico-motor. Na verdade, a regulamentação pode favorecer ou, pelo contrário, inviabilizar a manutenção das atividades sociais e das funções psíquicas, em suma da própria dinâmica pessoal do indivíduo”. Por sua vez, Guedes (2012), embora reconhecendo também a necessidade

de existência de uma regulamentação em prol do funcionamento Institucional, refere que alguns efeitos decorrentes da mesma podem efetivamente condicionar a realização de atividades que outrora seriam realizadas consoante o desejo dos Indivíduos sem qualquer contenção, nomeadamente no que diz respeito a atividades do quotidiano. Afirma ainda que a imposição em análise acaba por limitar os Idosos no que concerne à sua autonomia, tomada de decisão, hipótese de escolha e participação. Neste sentido, Fischer, afirma que “(...) terão poder num espaço social aqueles que o dominam, ou seja, aqueles que têm a possibilidade de nele se moverem livremente” (1994, p:71). Segundo o mesmo Autor, esta é uma explicação passível de ser atribuída ao que acontece em várias Instituições, na medida em que, as movimentações dos recursos humanos e dos Residentes são regulamentadas manifestamente por razões funcionais, mas, ao mesmo tempo, de forma latente, devido ao facto de um espaço se reger por regras funcionais que determinam a sua acessibilidade, funcionamento e utilização. Para Goffman (1961), cada uma destas limitações, cada pedido negado, cada atividade e ação supervisionada retiram ao Indivíduo a sua liberdade e singularidade.

Neste sentido, olhando para o facto das equipas de supervisão e de direcção possuírem um controlo sob os internados o Autor analisa dois aspetos desta tendência: as regras impostas são frequentemente associadas a uma obrigação de efetuar as atividades propostas, em conjunto, com um grupo de outros internados. A este tipo de comportamento o Autor atribui o nome de “arregimentação”; Estas são, geralmente, aplicadas num sistema de autoridade “escalonado”, ou seja, qualquer Indivíduo que pertença à equipa de supervisão ou de direcção tem a possibilidade e o direito de impor a disciplina a qualquer Indivíduo pertencente ao grupo dos internados. Neste sentido, relembremos Fischer (1994) no momento em que se refere à total envolvência do Indivíduo num determinado contexto no qual é tratado da mesma forma que todos aqueles que estão com ele. E Guedes (2012), que refere novamente a existência de uma dualidade relativamente à intenção dos profissionais que determinam e impõem regras e controlo aos Residentes, tendo em conta que os primeiros se afirmam perante os significativos e as entidades reguladoras como responsáveis pelos últimos, mas, no entanto, o seu objetivo não percebido é dominar um grupo de Pessoas através da sua organização burocrática.

Para Goffman (1961), a maioria das Instituições Totais assemelham-se e parecem funcionar única e exclusivamente como um depósito de internados. No entanto, as

mesmas caracterizam e apresentam-se ao público como entidades racionais e competentes que trabalham no sentido de cumprir as suas finalidades. Desta forma, esta contradição entre o que as instituições se propõem a fazer e o que realmente efetuam é, segundo o Autor, o fundamento base do quotidiano da equipa de Direção. Relativamente ao tipo de interação estabelecida entre o grupo de internados e a equipa de Direção, trata-se de uma interação com base em pedidos por parte dos internados e a justificação em relação às restrições a que os mesmos são impostos por parte da equipa de Direção.

Perante a posição de Goffman (1961) face à função latente e manifesta das Instituições, não consideramos que a Instituição em análise se represente e funcione como um depósito de internados. Pensamos que, como todas as Instituições que acolhem e prestam serviços a um determinado grupo, apresentam forças, oportunidades, fraquezas e ameaças. Também Guedes (2012) concluí através da sua análise aos Lares de Idosos que, a Instituição que analisa não se constitui como Instituição Total, ressalvando que apesar de a identidade da maioria dos Residentes não se evidenciar como efetivamente riscada, continua em risco diariamente. No entanto, afirma que “(...) de um modo geral, a instituição apresenta alguns traços característicos das instituições totais, se bem que com graus de intensidade distintos: (...) um local onde permanece um grande número de pessoas (...) um quotidiano fortemente administrado e com tendência para o seu fechamento (...) separação do idoso face à família e local de residência (...) imposição de rotinas e de regras institucionais” (Guedes, 2012, p:326). Por outro lado, Santos (2014) conclui que, quando nos deparamos com Instituições cujo modelo de funcionamento adota o formato de relações e transformações identitárias enfatizadas por Goffman (1961), o risco de a etapa final da vida do Indivíduo se equiparar a um período de morte social aumenta. Destacando ainda o facto de, na sua unidade real de análise, o número de constrangimentos Institucionais que efetivamente comprometem o sentido da vida dos Residentes, bem como a resposta às suas necessidades ser elevado, não considera que o modo de tratar o processo de Envelhecimento identificado anteriormente comprometa fatalmente o seu sucesso. No entanto, afirma que é indispensável e iminente criar programas de ação que incidam numa lógica de prevenção, face à retirada da vida que os Residentes sofrem em contextos Institucionais.

Assim, como se pode verificar e com base na experiência profissional adquirida, algumas das características analisadas na obra de Goffman (1961) são passíveis de ser

encontradas, em diferentes níveis, com conta peso e medida, em instituições com particularidades similares às encontradas no conceito de “Instituição Total” como sendo as ERPI. Daqui, surge a importância de alterar a mentalidade e a metodologia de intervenção deste tipo de Instituições para que, no momento em que as Famílias pretenderem cuidar dos seus Idosos, estas se afigurem como uma possibilidade que garanta, efetivamente, a qualidade de vida, o bem-estar e a segurança dos Mesmos, não fragilizando o Eu dos Indivíduos.

Na nossa perspectiva, uma das mudanças a efectuar deve surgir na base das políticas sociais direccionadas aos Idosos e deve implicar a presença de profissionais especializados na área em questão no quotidiano Institucional, de forma a verificar que as normas instituídas por entidades estatais nem sempre se verificam como passíveis de serem aplicadas no terreno e garantirem a eficiente realização dos direitos dos Idosos. Por outro lado, o desafio é essencialmente estabelecer o foco nas forças e oportunidades da Instituição, objectivando a superação das fraquezas e ameaças, para que se possa preconizar o bem-estar, qualidade de vida, autonomia, independência, participação, sentimento de integração e utilidade social, a Estimulação e, ainda, a democratização do poder. No seguimento da ideia mencionada, verificamos que existe margem para, ao aprofundar e compreender os aspetos mencionados, almejar a sua modificação. É nesse sentido que procuramos desenvolver o Trabalho Final de Mestrado, através da utilização da Estimulação Cognitiva, da sensibilização e compreensão dos diferentes modos de Envelhecer e das suas especificidades, tendo em conta as suas expressões em contextos Institucionais.

Em forma de conclusão, efetuamos uma pequena análise à obra “Group Residences for Older Adults” através da perspectiva dos Autores Moos e Lemke (1994) cuja premissa se prende com o facto de as ERPI poderem possuir um papel relevante na qualidade de vida dos Idosos, bem como o respectivo estudo enquanto ferramenta passível de ser utilizada pelos gestores e profissionais da área no melhoramento das suas Instituições e serviços.

A investigação formulada pelos Autores supra referidos, surge devido ao peso e evidência atribuídos ao processo de Envelhecimento um pouco por todo o mundo, mas, mais concretamente no que diz que respeito aos aspetos e factores que eventualmente fomentam e contribuem para a qualidade de vida deste grupo populacional em

expansão. No seguimento desta ideia, salientam sobretudo factores como o ambiente residencial onde o grupo de Pessoas é inserido e as suas dimensões físicas e sociais. Enfatizando o impacto que o ambiente Institucional tem no Indivíduo, reiteram a importância de analisar eficientemente estes locais colectivos, uma vez que devem dar resposta às inúmeras necessidades e especificidades de um segmento da população considerado mais vulnerável. Na presente obra, os autores propõem-se a expor e a analisar os ambientes residenciais em função das informações recolhidas em mais de 300 alojamentos colectivos na América, através de um programa de investigação. Primeiramente, com o desenvolvimento de indicadores que permitiram caracterizar aspetos considerados relevantes nos ambientes residenciais alcançaram uma avaliação ambiental assente em várias fases. Posteriormente, uma análise descritiva dos dados obtidos relativamente a aspetos como os recursos físicos, medidas de gestão, serviços e clima social de determinadas instituições permitiu a compreensão da relação estabelecida entre os diferentes elementos que constituem um ambiente, nomeadamente “(...) como os recursos estão afetos a idosos em função das suas características sociais e da sua capacidade funcional atual, como os factores ambientais influenciam a vida dos residentes e como estas organizações residenciais podem ser aperfeiçoadas” (Moos & Lemke, 1994, p:2).

Assim, foi através dos inquéritos baseados e desenvolvidos na investigação em questão que demos início ao desenvolvimento da análise diagnóstica da nossa unidade real de análise. Deste modo, no seu desenrolar, será possível encontrar algumas conclusões dos autores.

## CAPÍTULO III- A EMERGÊNCIA DE UMA VONTADE DE MUDANÇA: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA (EX – ANTE)

---

Um projeto é planejado, orientado e desenvolvido para a superação de problemas e necessidades diagnosticadas numa determinada realidade social. Numa primeira fase o projeto é desencadeado por uma vontade de mudança, num contexto social onde se constata certos problemas. Segundo Guerra (2002) a Metodologia Participativa de Projeto baseia-se no pressuposto de que qualquer objetivo de intervenção tem como pilar o conhecimento da realidade. Neste sentido, na segunda etapa do desenvolvimento de um projeto, deve ser efetuada a análise da situação e a conceção de um diagnóstico, ou seja, devem ser “(...) identificadas as mudanças sociais que formatam uma determinada problemática sobre a qual vamos intervir” (Guerra, 2002, p: 129) isto porque, a correta e eficiente realização do diagnóstico vai assegurar a efectividade das respostas às necessidades e problemas constatados, condição que é indispensável à realização de um projeto de intervenção viável e eficaz.

### 3.1. O Diagnóstico Sócio Institucional

O **diagnóstico**, sendo uma etapa fulcral da Metodologia Participativa de Projeto, é, ao mesmo tempo, uma forma de recolha de informação a respeito da realidade em análise que possui como objetivo, como o próprio nome indica, o diagnóstico dos problemas existentes no contexto em estudo, o reconhecimento do impacto e da importância dos problemas verificados, tal como das potenciais causas dos mesmos e, ainda, a identificação das estratégias de ação, aquando da realização e implementação do plano de ação. Assim sendo, nesta primeira fase do Trabalho de Projeto, iremos utilizar métodos que remontam essencialmente à recolha de dados e informação nomeadamente: **a análise e recolha de dados preexistentes, dados documentais**, de diagnósticos já existentes, informação estatística e o estudo de documentos e regulamentos da Instituição. Segundo Quivy e Campenhoudt (2013), este método apresenta como vantagens a não utilização excessiva de questionários que, pela frequência da sua utilização, acabam por saturar os inquiridos e ainda a valorização do material documental que se encontra em constante evolução e enriquecimento. Com base nos mesmos Autores, este método é sobretudo adequado ao estudo da mudança nas

Instituições, de ideologias, valores e cultura. Apresenta, no entanto, algumas desvantagens, nomeadamente o impedimento que existe por vezes no acesso aos documentos e a questão da adequabilidade e cientificidade dos dados em análise.

Os **inquéritos por questionário (SAMES-LAR)** que, analisados à luz do prisma positivo, viabilizam a quantificação de um número elevado de informações e dados permitindo, ao mesmo tempo, o estabelecimento de correlações entre os mesmos. Pelo prisma negativo, como todos os métodos de recolha de informação, reúne também alguns aspetos menos positivos, como por exemplo o elevado custo associado a todo o processo e a superficialidade das informações recolhidas (Quivy & Campenhoudt, 2013). Segundo os Autores, o método em análise é particularmente apropriado quando pretendemos conhecer uma determinada população ou quando se procura analisar um fenómeno social específico. Por sua vez, a **observação direta, participante de tipo etnológico e indireta**, enquanto instrumentos de apreensão da realidade necessitam de uma distinção efectiva. A primeira, sendo direta e recorrendo única e exclusivamente ao sentido de observação do investigador social, surge enquanto método de observação no próprio sentido da palavra. Para Quivy e Campenhoudt (2013), a observação direta afigura-se como o único método que possui a habilidade de captar determinados comportamentos no exato momento em que estes se concebem, não existindo a necessidade de recorrer a qualquer outro instrumento ou testemunho complementar para o efeito. Como sua variante, encontramos e utilizamos a observação participante de tipo etnológico a qual “ (...) consiste em estudar uma comunidade durante um longo período, participando na vida coletiva (...) os seus modos de vida, de dentro e pormenorizadamente, esforçando-se por perturbá-los o menos possível” (Idem). Este permite-nos, à medida que nos embrenhamos no contexto ou grupo em análise, observar de forma a conhecer e a apreender conhecimentos da realidade sem a fragmentar. Sendo sobretudo mais adequado ao estudo e compreensão dos comportamentos não verbais, fornece-nos informação relativa aos acontecimentos que sucedem, ao modo de vida e à organização dos grupos e sociedades. Por último, a observação indirecta diferencia-se das anteriores pelo facto de o investigador não recolher a informação através daquilo que vê no imediato mas sim através de intervenientes da ação. Ou seja, dirigimo-nos a um Indivíduo para obter determinada informação. Desta forma, a Pessoa questionada passa a imiscuir-se na produção da informação (Quivy & Campenhoudt, 2013). Este procedimento leva a que, no entanto, a informação obtida possa eventualmente ser

menos objectiva, tendo em consideração que é fruto daquilo que é a representação social do Indivíduo. Esta é uma das desvantagens da observação indirecta. Outra, prende-se essencialmente com o registo das informações captadas, uma vez que, aquando da utilização de métodos como a observação, o investigador social não pode confiar apenas na sua memória para descrever objectivamente todos os acontecimentos. Segundo os mesmos Autores, devido ao facto de a memória ser selectiva, existe o risco de desvalorizar determinadas informações que a olho nu não se afiguram como importantes.

No sentido de colmatar a desvantagem anteriormente mencionada e embora a anotação das informações seja vista por Quivy e Campenhoudt (2013) como uma tarefa que exige bastante do investigador, devido às inúmeras situações às quais por vezes têm de dar resposta, esta foi utilizada enquanto método complementar e possibilitou a transcrição e registo dos diversos acontecimentos no contexto em estudo. Assim, os **diários de campo** são, na nossa perspetiva, uma das ferramentas mais importantes para um investigador e interventor social. O simples ato de transcrever para o papel o dia de trabalho, os constrangimentos, as dificuldades superadas e não superadas, os momentos mais apreensivos e marcantes faz com que, automaticamente, se ganhe consciência dos mesmos, das fragilidades a colmatar, bem como das potencialidades a aprimorar. Os Diários de bordo são, muitas vezes, um confidente. É por via dos mesmos que se constata a necessidade de melhorar formas de abordar os Residentes e os diferentes métodos de trabalho e técnicas a aplicar.

Deste modo, métodos como os que foram anteriormente referidos permitiram uma eficaz recolha de informação, bem como a avaliação do estado em que se encontra uma determinada Instituição ou grupo em relação a certas necessidades e problemas constatados. Por sua vez, os questionários possibilitaram a obtenção de informações relativamente aos problemas e à manifestação dos mesmos.

Com o objetivo de delimitar o grupo que constituirá a amostra em estudo a utilizar aquando da aplicação do Projeto, serão utilizados alguns instrumentos e técnicas que permitem estudar os diversos processos que condicionam a vida do Indivíduo, assim como o seu estado cognitivo, designadamente, através do método da **análise e recolha de dados preexistentes, dados documentais e processos individuais dos Residentes**, será possível caracterizar os Mesmos e identificar as suas patologias, nomeadamente a

nível da informação pessoal, social e clínica, com o objetivo de especificar e ajustar a intervenção à semelhança de cada Residente, tendo em conta as suas especificidades. O **diagnóstico psicossocial**, apresentando nesse sentido um carácter instrumental, exhibe, ao mesmo tempo, grande utilidade e importância no objetivo preconizado. As **técnicas de espinha de peixe e análise de percurso** podem auxiliar na determinação das causas e predisposições dos problemas evidenciados, contribuindo para a explicação de certos comportamentos.

O **Mini Mental State Examination** para aferir que Indivíduos serão passíveis de estimular cognitivamente, bem como para avaliar a evolução do seu estado cognitivo, permitindo ao interventor social perceber quem são os Residentes que se apresentam como capazes de beneficiar de programas de Estimulação Cognitiva. Este teste apresenta como vantagem o facto de ser de fácil e rápida aplicação e de possibilitar a avaliação de diversas capacidades cognitivas. **Escalas como a de Katz e Lawton & Brody** cujo objetivo é avaliar o estado funcional do Indivíduo e a capacidade que este possui para a realização das ABVD e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), respectivamente, e a **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage** que permite avaliar o estado afetivo do Idoso (GERMI, 2015), são, igualmente, passíveis de serem utilizadas no momento em que se pretender aplicar o Projeto visando a sua efectiva adequação à população em questão e, ainda, como pré e pós-teste, no sentido de avaliar as alterações conseguidas através da aplicação do programa.

Importa salientar a relevância do consentimento informado durante a aplicação deste tipo de métodos, técnicas e instrumentos, e, sobretudo, no decorrer da eventual aplicação do próprio Projeto. Manifestamos especial atenção à privacidade e confidencialidade dos dados obtidos, tal como de todos os participantes. A Instituição e todos os seus intervenientes foram informados relativamente à nossa intenção, a partir do momento em que iniciamos todo o processo e, futuramente, aquando da efectiva aplicação do Projeto serão solicitados os consentimentos dos Residentes que pretenderem fazer parte do mesmo e, se e quando necessário, dos seus significativos.

### **3.1.1. À Primeira Vista- Obrigações, Finalidade e Objetivos**

A caracterização de uma Instituição onde se pretende conhecer a realidade através da realização de um Diagnóstico Sócio Institucional surge como fundamental, na medida em que é possível identificar as suas forças e oportunidades bem como as suas fraquezas

e ameaças, perceber a sua finalidade, missão, objetivos e analisar, ao mesmo tempo, se estes são efetivamente cumpridos, refletindo acerca das suas práticas.

A ERPI em análise é uma resposta social desenvolvida em equipamento. Apresentando como recetores de serviços a população Idosa, desenvolve atividades e presta apoio psicossocial, com o seu alojamento e integração coletiva, de forma temporária ou permanente, fornecendo alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto pessoal. Tenta promover, simultaneamente, o convívio e a ocupação dos tempos livres, através de atividades de animação sócio cultural. Como foi mencionado anteriormente, a Instituição em análise apresenta como recetores de serviços a população Idosa mas, mais concretamente, Pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos, de ambos os géneros. Está sediada em instalações adquiridas e criadas para o efeito e tem capacidade para quarenta Residentes. No que diz respeito às condições da sua implementação, obedece a todos os critérios estipulados pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), nomeadamente no que se refere à sua localização- situa-se perto de locais de acesso aos transportes públicos, bem como de instituições de saúde- o acesso às instalações é facilmente alcançado por viaturas, a sua área envolvente apresenta-se como pouco ruidosa, comporta espaços verdes e trata-se de um edifício construído de raiz para dar resposta às necessidades desta categoria da população. O edifício onde são desenvolvidas as atividades apresenta instalações modernas e amplas, caracteristicamente decoradas.

Possui, no primeiro, segundo e terceiro pisos, vinte e três quartos: dezassete duplos e seis individuais, cada um com casa de banho privativa e áreas em comum, designadamente, três salas de estar com copa de apoio, uma em cada um dos três pisos em que se encontram distribuídos os quartos. Num dos pisos superiores, tal como no rés-do-chão, existe uma sala para o banho assistido. Em cada um dos mesmos é possível constatar, a nível de material geriátrico, a existência de mobiliário adequado às necessidades desta população e sistemas de segurança cujo objetivo principal é garantir a qualidade dos serviços, o bem-estar e segurança dos Residentes.

Relativamente ao acordo de cooperação estabelecido com o ISS, I.P., é de salientar que, atualmente, abrange trinta e dois Residentes. No entanto, a Instituição pretende que o mesmo seja alargado à totalidade. No âmbito do acordo existente com a entidade anteriormente mencionada, importa referir que a Instituição desenvolve e presta

serviços destinados a Indivíduos que, por motivos de ausência de retaguarda familiar e social, dependência, isolamento, solidão e insegurança, não têm a possibilidade de permanecer no seu contexto habitacional. No presente acordo, são ainda incluídas Pessoas adultas com idade inferior a sessenta e cinco anos que apresentem situações excepcionais devidamente justificadas. No que concerne à finalidade da ERPI, esta prende-se pela prestação de serviços permanentes e adequados à questão biopsicossocial da população Idosa, pela contribuição da manutenção e estimulação de um processo de Envelhecimento ativo, bem como pela criação de condições que possibilitem a preservação e incentivo das relações familiares. Por último, inclui também como finalidade a fomentação da integração social.

Através do acordo de cooperação desenvolvido com o ISS,I.P. possui algumas obrigações: a primeira passa por assegurar o seu bom funcionamento, assim como a qualidade de vida, bem-estar e segurança de todos os Residentes primando sempre pela conservação da Sua individualidade. A segunda, com a garantia de uma estrutura de recursos humanos adequada à efectiva manutenção e desenvolvimento de atividades diárias da Instituição, quer qualitativa quer quantitativamente. A terceira relaciona-se com a promoção da participação de voluntários, convenientemente formados, nas atividades desenvolvidas. A quarta prende-se com a existência do regulamento interno de funcionamento da respectiva resposta social, a quinta está relacionada com a comunicação de eventuais alterações efectuadas no mesmo ao Centro Distrital do Instituto da Segurança Social. A sexta exige que se planifique anualmente as atividades que serão desenvolvidas. A sétima requer a criação e organização de um processo individual do Residente. A oitava demanda que se exponha em local visível e de fácil acesso a documentação exigível pela legislação. A nona passa pelo envio a quem de direito as respectivas contas anuais. A décima prende-se com a formalização de contratos de prestação de serviço/alojamento com os Residentes ou respectivos familiares enquanto representantes legais. A décima primeira indica a importância de se ter em consideração as orientações normativas do ministério que regula e tutela a presente área, no que se refere aos recursos humanos bem como às participações provenientes quer dos próprios Residentes quer dos familiares pela utilização dos serviços. A décima segunda refere que se deve facultar o acesso, na Instituição, quando necessário, a elementos relativos à situação socioeconómica dos Idosos e respectivas Famílias. A décima terceira relaciona-se com a Cooperação com o Centro Distrital, tal

como com outras entidades, no âmbito da realização de atividades de comum interesse. A décima quarta exige que se efetue a admissão dos candidatos a Residentes de acordo com os critérios estipulados nos estatutos e regulamentos da Instituição, atribuindo prioridade aos Indivíduos e grupos socialmente desfavorecidos e garantindo a livre manifestação de vontade por parte dos futuros Residentes relativamente à sua admissão. A décima quinta impõe a reserva de três vagas que serão preenchidas de acordo com a indicação do Centro Distrital.

### **3.1.2. Legislação VS Prática**

Analisando a legislação que regula e orienta este tipo de respostas, o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social pretende, através da portaria nº67/2012 de 21 de março, definir as condições de organização, funcionamento e instalação às quais deve obedecer uma ERPI.

Uma ERPI é definida pela Segurança Social (2016) e pelo Artigo 2º., como uma resposta social que tem como destino o alojamento coletivo, temporário ou permanente e que possui como objetivos facultar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das Pessoas Idosas, promover a estimulação de um processo de Envelhecimento ativo, produzir condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e, ainda, fomentar a integração social. Comparando a definição desta resposta, assim como os objetivos- explanados no Artigo 3º.- pelos quais se rege, com a finalidade e objetivos pelos quais se pauta a ERPI em análise, é possível constatar que segue os normativos estipulados na legislação, uma vez que, em local para o efeito possui um estabelecimento para alojamento coletivo, o qual presta serviços permanentes e adequados à questão biopsicossocial da população Idosa. No entanto, consideramos que poderia contribuir de forma mais dedicada para a estimulação de processos de Envelhecimento ativo, pela constante manutenção da autonomia e capacidades cognitivas dos seus Residentes, através de atividades realizadas no quotidiano da Instituição, alterando os mecanismos que reproduzem as noções de ociosidade e dependência, investindo em novas metodologias e programas de intervenção que visem a integração e capacitação do Idoso enquanto personagem principal. Isto é, a Instituição e os seus dirigentes poderiam investir mais ativa e aprofundadamente na sensibilização dos seus prestadores de serviços relativamente ao processo de Envelhecimento e à estimulação, às suas exigências e diferenças. A Instituição procura criar condições que

possibilitem a preservação e incentivo das relações familiares, na medida em que promove a estimulação dos seus laços fomentando, ao mesmo tempo, a integração social, festejando aniversários e épocas festivas na presença dos significativos. Contudo, se repensassem a criação de um espaço especialmente adequado e cujo único propósito fosse a decorrência das visitas e o estabelecimento e manutenção dos laços familiares e sociais, se realizasse sessões grupais com os familiares e os fornecedores/prestadores de serviços da Instituição objectivando a troca de saberes, se elaborasse atividades que permitissem o contacto intergeracional e o contacto com o exterior, os objetivos supracitados seriam, certamente, alcançados com maior eficácia e eficiência.

Relativamente aos princípios de atuação, segundo o Artigo 4º., uma ERPI deve orientar-se por princípios como a qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade, interdisciplinaridade, avaliação integral das necessidades do residente, promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia, participação e corresponsabilização do residente/ representante legal/ familiares na elaboração do plano individual de cuidados. Assim, analisando os princípios anteriormente enunciados, é possível verificar que também esta tenta orientar e regular a sua forma de intervenção pela qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade. Contudo, devido a questões relacionadas com os profissionais, competências pessoais e relacionais, bem como decorrente da não total compreensão face ao processo de Envelhecimento, verificamos que, em simultâneo, estes princípios poderiam ser alcançados de forma mais eficaz.

Neste sentido, os interventores sociais que procuram especializar-se em áreas que contemplam o estudo e o conhecimento de problemáticas relacionadas com esta fase da vida, na nossa opinião, estarão mais capacitados e sensibilizados para as mesmas e, portanto, mais aptos para intervir junto destas em contextos Institucionais, não só em termos de avaliação e intervenção gerontológica, mas também no que diz respeito à transmissão de saberes considerados imprescindíveis na prática profissional e no contacto diário com populações que, por vezes, apresentam características menos positivas em relação ao estado de saúde, social e emocional. Referimo-nos às competências pessoais, relacionais e profissionais. No que diz respeito às primeiras, estas são inculcadas no Indivíduo através da socialização primária e secundária, através das redes e laços familiares e sociais, formação escolar, académica e profissional, ou seja, as redes primárias e secundárias. Permite-nos distinguir o certo do errado, confere-

nos a capacidade de sermos empáticos com os nossos semelhantes, de vivermos e tratarmos os demais sob noções de igualdade, respeito e dignidade. Compreendemos que, certamente, partindo da premissa de conceber o Idoso como um todo, respeitar as suas especificidades e origens, também devemos compreender que os processos de socialização pelos quais passamos são diferentes e, por esse motivo, conferem-nos, também, competências diferentes no que respeita à convivência e modo de abordar os nossos pares. Queremos, com isto, salientar a importância da formação pessoal e das competências relacionais, em contextos como o presente onde, não podendo exigir aos diferentes intervenientes que as competências em análise façam parte do seu percurso até então, podemos e devemos exigir a sua capacitação nesse sentido, em termos de formação interna e, ao mesmo tempo, através de exemplos a seguir nomeadamente no que concerne à equipa superior. Do mesmo modo, também Moos e Lemke (1994) referem a necessidade de mais e melhor formação pessoal em áreas psicológicas e comportamentais, no sentido de melhorar o ambiente e a eficiência de contextos sociais em que os Residentes devem ser implicados como atores principais.

Por outro lado, a ausência de competências profissionais aprofundadas permite-nos, em determinadas ocasiões, compreender a etiologia de certas escolhas em detrimento de outras e de comportamentos que poderão colocar em causa a identidade e dignidade desta categoria populacional, aquando da Institucionalização. Permite-nos compreender mas, não por isso, aceitar. As ações decorrentes da falta desta competência traduzem-se maioritariamente na baixa perceção e compreensão do fenómeno do Envelhecimento, o que leva a que, todas as ações sejam conduzidas de forma mecânica e com o propósito de fornecer e prestar um serviço. Deste modo, os profissionais que trabalham em primeira linha com os Idosos, não possuindo formação mais aprofundada, atualizada e frequente, acabam por comprometer a eficácia do seu trabalho não imprimindo ao mesmo as distintas particularidades que este exige. Na nossa perspetiva, antes de pensar a formação interna como fundamental num processo de capacitação e compreensão da realidade na qual se intervém, é igualmente deveras importante pensar a importância que a formação profissional externa adota nestas questões. Ou seja, para além do investimento na formação interna, cabe também às entidades reguladoras elevar o grau de formação exigido para trabalhar junto desta população. Existindo cada vez mais situações complexas e difíceis de equacionar, a alteração e criação de novas políticas públicas que visem sobretudo a capacitação e valorização dos profissionais que

trabalham nesta área, assume um papel fulcral, tendo em consideração as baixas habilitações literárias solicitadas e a desvalorização que profissões deste calibre sofrem na nossa sociedade. Acreditamos que, a questão da valorização profissional, aliada à criação de processos de aprendizagem internos e externos atentos às alterações sociais e às evidências teóricas, bem como à compreensão do fenómeno do Envelhecimento, culminariam no alcance dos princípios nomeados inicialmente de forma muito mais eficiente, garantindo a efectiva qualidade de vida.

Analisando a informação que obtivemos, no que concerne à comparação entre o que consta na Legislação que orienta este tipo de Instituições e o que efetivamente se verifica no terreno, podemos perspectivar os conceitos de função manifesta e função latente de Merton (1970). O Autor debruçou-se sobre a questão das funções que têm lugar numa determinada sociedade e elaborou e distinguiu os conceitos supra citados. Focalizou-os, especialmente, ao conceptualizá-los em contextos Institucionais, de forma a realizar uma análise à vida social que nestes se constrói. Assim, importa inicialmente distinguir o conceito de função manifesta e função latente: a primeira é algo que se manifesta, que se reconhece, que se vê. Ou seja, é uma função ou ação passível de ser percebida, observada e que possui um carácter consciente e voluntário. Por sua vez, a função latente, assumindo nitidamente um significado oposto à primeira, pauta-se, essencialmente, pela ausência de intenção e consciência sendo, portanto, uma função de carácter inconsciente e involuntário. Não demonstrando à partida os interesses e objetivos que subsistem por trás da sua não manifestação, acaba por obter consequências positivas ou negativas, mas espontâneas. Com base nestas noções, as ações dos atores sociais possuem intenções manifestas quando são efetivamente expressas, e latentes quando possuem uma índole involuntária e inconsciente, mas pretendem ao mesmo tempo atingir um fim não manifestado. Podemos então, por vezes mas não sempre, olhar para as funções manifestas enquanto “máscaras” das funções latentes, tendo em consideração que estas últimas possuem uma finalidade para além daquela que já é manifestada numa ação que se vê a olho nu. Pretendemos repensar as ações que os interventores sociais manifestam muitas vezes, tendo em vista o alcance de determinados princípios e normas que estão previstos na legislação, mas que nem sempre evidenciam as suas verdadeiras intenções e acabam por resultar em consequências que se podem afigurar como negativas para os seus intervenientes.

Em relação à população em questão, com base no Artigo 5º, a ERPI destina-se a Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que se encontrem em situações de dependência, isolamento, solidão, ausência de retaguarda familiar/ social e insegurança, situações essas que impossibilitem a permanência do Indivíduo na sua residência. Para além dos destinatários anteriormente evidenciados, a ERPI pode, também, excecionalmente, ter como Residentes Pessoas adultas com idade inferior a 65 anos e acolher, em situações pontuais, Pessoas que por motivo de ausência ou necessidade de descanso de cuidadores informais manifestem vontade de integrar a Instituição nesse sentido. Tendo em conta a caracterização da Instituição efetuada inicialmente, é possível perceber que a ERPI em análise possui o mesmo tipo de população precisamente estipulado na legislação referente a esta resposta. É ainda de salientar que, no que diz respeito aos serviços prestados pela Instituição assim como em relação à existência de um processo individual e celebração de um acordo de prestação de serviços para cada Residente, bem como no que se refere à existência de um regulamento interno, estes pontos e outros como o acesso à informação, o pessoal e as condições de implantação, estão perfeitamente de acordo com o que é explanado na legislação. No momento em que é efectivada a admissão de um Residente, é automaticamente criado um processo individual do mesmo que, de forma sucinta, pretende reunir as informações consideradas mais importantes pela Instituição, nomeadamente no que diz respeito aos dados identitários, familiares e sociais, económicos e funcionais. À semelhança do que acontece na obra de Goffman (1961), esta “arrumação” é considerada indispensável para “conhecer” o novo Residente e, é, como verificado inicialmente, solicitada pela Legislação. Do mesmo modo, tal como exige a legislação, é celebrado um contrato de prestação de serviços onde as partes se comprometem a respeitar e honrar os seus deveres e direitos. Em relação ao regulamento interno e ao acesso à informação, o primeiro é fornecido no ato de admissão e explicado aos significativos do Residente sempre que necessário. O quadro de recursos humanos respeita e está de acordo com a proporção exigida na legislação, tendo em consideração o número e o grau de dependência dos Residentes.

Uma vez que iremos abordar ainda a dimensão espacial, entre outras, importa conferir na legislação os Artigos 16º., 17º. e 18º. que se reportam essencialmente ao próprio edifício onde é desenvolvida a intervenção da resposta social em estudo, aos acessos à mesma e, ainda, às suas áreas funcionais respectivamente.

Desta forma, no Artigo 16º., a legislação indica que a ERPI deve funcionar num edifício autónomo ou num conjunto edificado autónomo, a sua conceção deve cumprir os parâmetros espaciais que contribuem para o bem-estar dos Residentes, para a fácil realização das tarefas efetuadas pelos prestadores de serviços e deve permitir adaptações espaciais e melhorias tecnológicas. Analisando os pontos estipulados na lei, constatamos que as condições anteriormente explanadas se verificam, pelo facto de a Instituição ser desenvolvida em equipamento, num edifício autónomo e especialmente desenvolvido para o efeito. Ao mesmo tempo, a sua distribuição em termos espaciais contribui para a qualidade de vida e segurança dos Residentes bem como para a realização de toda as tarefas inerentes ao quotidiano Institucional. Posteriormente, este aspeto será mais aprofundado ao analisarmos de forma mais extensiva a organização espacial. O Artigo 17º. está relacionado com os acessos ao edifício. Neste sentido, importa denotar que este deve ter acessos facilitados e convenientemente identificados através da via pública, deve prever lugares de estacionamento num número considerado adequado à capacidade da ERPI, respeitando sempre os regulamentos camarários que vigoram. A respeito do artigo em questão, podemos referir que, tal como consta na legislação, existem acessos facilitados, devidamente visíveis e lugares de estacionamento em número considerado suficiente e de acordo com as normas em vigor. Estes acessos facilitados são utilizados aquando de emergências médicas, entre outras situações. Já no que se refere às áreas funcionais da Instituição, no Artigo 18º., estas subdividem-se em: instalações para o pessoal, convívio e atividades, refeições, alojamento, cozinha e lavandaria, serviços de enfermagem e de apoio. Assim, analisando o presente artigo, pensamos que o mesmo é efetivamente cumprido, tendo em consideração a possibilidade de encontrar exactamente as mesmas áreas delimitadas na Instituição, enquanto constituintes e estruturadoras do espaço. Estas serão examinadas de forma mais detalhada no Trabalho Final, no ponto referente à organização espacial.

### **3.2. Um Olhar Mais Aprofundado**

O Diagnóstico Sócio Institucional apresenta, de uma forma sintetizada, três objetivos centrais: O estudo aprofundado do modo como se organiza e funciona a Instituição, isto é, o diagnóstico das competências que possibilitam à organização efectuar uma correta análise dos obstáculos que se afiguram como impeditivos do desenvolvimento social, a

análise dos constrangimentos que podem ser superados e, ainda, o estudo das relações concebidas no seio do contexto organizacional.

Com base nos instrumentos **SAMES – LAR (9) (Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais – Lares de Idosos)**, mais concretamente nos instrumentos número **1, 2, 3, 4, 5 e 6**, observamos as diferentes dimensões contempladas no contexto social em análise.

### **3.2.1. Organização Espacial, Ambiente Físico e Adequação dos Recursos Materiais**

Antes de analisar os oito pontos que constituem a dimensão da organização espacial/ ambiente físico e adequação dos recursos materiais, importa caracterizar o espaço. Segundo Fischer (1994), um espaço pode ser considerado um conjunto de lugares exteriores ao Indivíduo, ao seu corpo, no qual são desenvolvidas diversas atividades e formas de ser. Nesse sentido, Moos e Lemke (1994) afirmam que o sentimento de bem-estar dos adultos mais velhos é influenciado pela conceção física das infra-estruturas de um determinado espaço aliada a outros aspetos organizacionais e sociais.

Quando analisamos respostas sociais como a ERPI, estudamos, inevitavelmente, o processo de Institucionalização. Neste sentido, consideramos de importância superior utilizar como pilar a obra de Goffman (1961), onde se constrói uma análise às instituições totais, considerando a quebra que existe com o social, a arregimentação inerente às atividades realizadas neste tipo de instituições e os variados ataques à estrutura do Eu que sucedem, quase de forma impercetível, e que contribuem para a sua mortificação. O Autor desenvolveu um trabalho de campo no Hospital St. Elizabeths em Washington, D.C. numa Instituição que albergava 7000 mil internados, onde o principal objetivo foi tentar conhecer o mundo social do Indivíduo internado no hospital, tendo em consideração que esse mundo é subjetivamente vivido pelo mesmo. Acreditava que qualquer grupo de Pessoas, nomeadamente prisioneiros ou doentes, entre outros, desenvolve uma vida própria que se torna significativa e normal, logo que nos aproximemos dessa mesma vida. Defendia, ainda, que uma boa forma de conhecer esses mundos subjectivos, passa pelo acompanhamento dos seus intervenientes segundo as condições e circunstâncias às quais os Mesmos estão sujeitos (Goffman, 1961). Foi precisamente através do acompanhamento e conseqüente entrosamento nas rotinas Institucionais que tivemos a possibilidade de conhecer os mundos subjectivos de todos

os elementos que constituem a Instituição. Para além disso, a obra em questão aborda as “Instituições Totais” de uma forma generalizada e, mais concretamente, através de um exemplo real, os hospitais para doentes mentais. O principal ponto em análise é o mundo do doente, do internado, e não o mundo dos Indivíduos que dirigem e trabalham neste tipo de instituições. Assim sendo, Goffman (1961) interessa-se, particularmente, por alcançar uma versão sociológica da estrutura do Eu. Tendo por base a ideia de que toda e qualquer Instituição conquista parte do tempo e interesse dos seus membros, depreende-se que todas as instituições possuem uma tendência de “fechamento” (Ibidem). No entanto, salienta que ao observar e analisar as diversas instituições que a sociedade ocidental comporta, constata-se que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Este “fechamento” ou natureza “total” é espelhado pelo obstáculo existente ao estabelecimento de relações sociais com o mundo externo, assim como pelas proibições à saída do espaço Institucional que se encontram, por norma, no espaço físico (portas fechadas, paredes altas, arame farpado, água, florestas). É a este tipo de instituições que o Autor atribui o nome de “*instituições totais*”, como vimos anteriormente. No seguimento desta ideia, também Fischer refere que “(...) qualquer vedação inscreve no espaço não só uma separação, mas regras de passagem” (1994, p:68). Do mesmo modo, Campenhout, que analisa a obra de Goffman procurando actualizar a mesma, considera que “(...) o carácter essencial das instituições totalitárias é o de elas aplicarem ao homem um tratamento coletivo conforme a um sistema de organização burocrática que se encarrega de todas as suas necessidades, qualquer que seja, na ocorrência, a necessidade ou eficácia desse sistema (...)” (2003, p:50).

Erving Goffman (1961) refere que um dos fundamentos principais da sociedade moderna passa pela ideia de que o Indivíduo possui uma tendência para dormir, brincar e trabalhar em espaços diferentes, com semelhantes distintos, sob autoridades desiguais, não apresentando um plano racional genérico. A característica central das denominadas instituições totais pode, com base na teoria do Autor, ser descrita com a quebra dos obstáculos que habitualmente separam estes três domínios da vida. Primeiramente, todos os aspetos da vida são realizados num mesmo espaço sob a alçada de uma única autoridade. Em segundo lugar, cada etapa que a atividade quotidiana do Indivíduo compreende é efetuada na presença imediata de um grupo de Pessoas, as quais são tratadas do mesmo modo e coagidas a realizar as mesmas tarefas em conjunto. Como terceiro aspeto importante, todas as atividades desenvolvidas no espaço Institucional são

rigorosamente programadas em horários, uma vez que “...uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte...” (Goffman, 1961, p. 18) e, ainda, todo este encadeamento e sequência de atividades desenvolvidas é imposto por um sistema de regras formais, explícitas e regulamentadas, bem como por um conjunto de funcionários. Através da inserção em contexto profissional, e após estudar a obra de Erving Goffman (1961) entre outras, constatamos a existência de semelhanças com a realidade anteriormente descrita principalmente no que se refere aos três últimos pontos. Neste sentido, segundo Guedes “(...) urge questionar a concepção que o espaço institucional constrói acerca do indivíduo, sendo que se este espaço apenas se concebe como um lugar de liberdade vigiada, o papel do indivíduo é definido e modelado pela instituição, devendo este conformar-se e adaptar-se aos espaços em que é instalado (2012, p:47)”.

Também para Fischer (1994, p:138), numa Instituição Total, o Residente “(...) é envolvido totalmente, imerso num universo onde é tratado da mesma maneira que todos aqueles que estão com ele”. Esta perda de individualidade e, muitas vezes, de privacidade está também relacionada com os espaços que constituem as designadas Instituições Totais. Segundo o mesmo Autor, perspetivando os espaços Institucionais através do prisma exterior, isto é, do observador, estes afiguram-se como zonas separadas através de uma divisão que delimita o “fora” e o “dentro”. Os indicadores que sustentam esta ideia prendem-se com as barreiras e obstáculos impostos ao contacto com o exterior, designadamente as portas e os muros. Através do prisma interno, ou seja, através da visão do Indivíduo Institucionalizado, este aspeto da separação ganha outra proporção, na medida em que é visto pelo Indivíduo que se encontra dentro do espaço como um “fechamento” (Fischer, 1994). Este encerramento é por diversas vezes justificado, com base no mesmo Autor, com o enquadramento e integração do sujeito nos espaços organizados.

Assim, no que concerne à **acessibilidade à comunidade**, pretendemos perceber de que forma é estabelecida ou não a proximidade da infra-estrutura relativamente aos serviços fornecidos pela sua área circundante (Moos & Lemke, 1994). Assim, podemos constatar que na zona envolvente à Instituição existem cafés e algumas lojas que funcionam como pequenas mercearias e duas paragens de transportes públicos perto da ERPI através das quais é possível estabelecer contacto com variadas zonas. No que diz respeito à existência de um supermercado na comunidade a uma distância que seja fácil de efectuar a pé, verificamos que não existe. Há, no entanto, na freguesia, uma Unidade

de Saúde Familiar (para a qual os Residentes se podem deslocar a pé) que assegura o acesso a cuidados de saúde Àqueles que assim o desejarem. Relativamente ao **conforto físico**, a ERPI possui um agrupado de diversos espaços cujo principal intuito é proporcionar comodidade, tranquilidade, bem-estar e segurança. Todas as zonas são decoradas com o objetivo de transmitir e assegurar o conforto dos Residentes nomeadamente os respectivos quartos, as salas de convívio existentes em cada piso, bem como a decoração de todas as zonas direcionadas à presença dos Residentes. A entrada principal é protegida e, os corredores, tal como os restantes espaços, são decorados com tonalidades harmoniosas e ainda fotografias dos aniversários e dos diversos Residentes. Na nossa opinião, a única lacuna no que concerne ao conforto físico, prende-se pelo facto de não existir uma zona privada/particular, única e exclusivamente reservada para as visitas e reuniões intrafamiliares, como foi outrora mencionado e, ainda, os chamados espaços refúgio. Estes espaços apresentam, na nossa visão, elevada importância, na medida em que a Instituição estaria a apostar de forma mais notória na fomentação das relações intrafamiliares e sociais, de partilha e de estimulação da participação dos familiares na vida do Residente. Por outro lado, esta é, segundo Goffman (1961), uma das várias formas de exposição contaminadora que acontece na maioria das “Instituições Totais”, na qual se salienta precisamente o carácter obrigatoriamente público das visitas aos internados, a qual acaba por acarretar consequências negativas relativamente à estrutura interna de cada Indivíduo. Os espaços refúgio e a privacidade, segundo Moos e Lemke estão associados a uma melhor organização perspectivada pelos Residentes, na medida em que “(...) a privacidade pode reduzir o nível de confusão, permitindo-lhes retirar-se do domínio comum quando optam por fazê-lo” (1994, p:165).

No que diz respeito às **oportunidades sócio- recreativas em termos de espaço**, para Guedes “(...) é indubitável que os espaços institucionais organizam as relações por via do jogo da distribuição dos ocupantes no espaço (2012, p:147)”. Neste sentido, a Autora refere que as interações que existem num determinado espaço são influenciadas por diversos aspetos alheios ao Indivíduo, nomeadamente o número de Pessoas inseridas num certo lugar, a disponibilidade espacial, a tipologia de atividades que decorre no mesmo e ainda a existência de elementos que figuram como representações de poder e domínio. No seguimento da ideia transmitida anteriormente, percebemos que a distribuição dos equipamentos, do material e dos lugares, nas diferentes salas, poderia

funcionar de forma mais impulsionadora da fomentação da sociabilização dos Residentes. Apesar de existirem na Instituição três salas de convívio onde os Residentes têm a possibilidade de partilhar com os seus semelhantes as histórias que pretendem, assim como ver televisão e maioritariamente descansar, os laços estabelecidos, as atividades realizadas e a própria postura dos Residentes é automaticamente fruto dos aspetos supracitados no parágrafo anterior. Em relação às **ajudas protésicas**, a ERPI apresenta diversas ajudas de forma a garantir a segurança dos seus Residentes, nomeadamente corrimãos nos corredores, ajudas técnicas nas casas de banho (consoante o estipulado na legislação) e elevador, entre outras. Relativamente ao espaço, no que se refere à entrada para a Instituição é possível entrar sem se utilizar escadas. O acesso é amplo e livre de obstáculos, excetuando a porta de encerramento automático que só pode ser aberta a partir de um botão localizado no interior da Instituição.

Relativamente às **ajudas em matéria de orientação**, em determinados locais da Instituição existem alguns cartazes que indicam a zona onde o Residente se encontra: por exemplo, é possível encontrar em algumas portas letras que indicam “sala de refeições”, “sala de atividades”, “sala do terço”. Já na entrada principal, assim como dentro do elevador, está afixado um conjunto de cartazes onde se expõe o dia da semana, o número, o mês e o ano. Cada um dos pisos onde estão situados os quartos, está decorado com respectiva cor (laranja, vermelho e amarelo) e à entrada de cada quarto existe uma fotografia e o nome dos Residentes aos quais pertencem. Em todos os pisos há, ainda, a respetiva planta da estrutura residencial (no entanto, consideramos que é de difícil interpretação). No que se refere às **características de segurança**, houve a oportunidade de verificar que a Instituição é segura e prima pela constante garantia da mesma. Existe em cada quarto uma luz de presença que permanece acesa durante o período noturno e que possibilita aos Residentes levantarem-se e sentirem-se minimamente seguros a nível de orientação no espaço, assim como uma campanha que, quando ativada, alerta para o quarto a partir do qual foi feito o pedido de ajuda. As **instalações do pessoal** remetem para a existência de zonas destinadas ao pessoal e aos recursos humanos da organização. Assim sendo, consideramos importante mencionar que não se verifica uma zona específica com o intuito de tornar o trabalho efectuado pelos profissionais mais gratificante. Existem os vestiários e a sala do pessoal perspectivados para as colaboradoras se equiparem e efectuarem o registo de ocorrências, respectivamente. Quer isto dizer que, não existe uma sala destinada ao pessoal onde

possam estar nas suas pausas, relaxar e conversar acerca dos eventuais constrangimentos do cuidar. Na nossa visão, esta seria também uma oportunidade de valorização das colaboradoras. A este respeito, Moos e Lemke referem que “(...) muitos destes funcionários experienciam o seu trabalho como stressante e humilhante (...) exercem muitas vezes tarefas inferiores e repetitivas, são supervisionadas de perto e recebem poucas recompensas sociais e económicas (...) tais condições de trabalho difíceis podem contribuir para uma moralidade baixa do pessoal, tratamento impessoal (...)” (1994, p:205). A criação de espaços que permitam às cuidadoras formais pensar o seu modo de cuidar não está prevista na lei e, como tal, a ERPI em questão age consoante o estipulado. No entanto, no seguimento da ideia anteriormente expressa, pensamos que, para além do investimento a fim da capacitação destes profissionais, também a valorização se afigura como um aspeto importante. Sendo esta uma profissão de extrema necessidade e para a qual se estima um aumento exponencial, tendo em consideração o número de Pessoas Idosas e em vias de Envelhecimento, os profissionais que prestam serviços nestes contextos devem ao mesmo tempo sentir-se valorizados para que o cuidar seja pautado por valores como a dignidade, o respeito e a sensibilidade pelos diferentes modos de Envelhecer. No fundo, para que o cuidar seja cuidado.

No que concerne aos **tipos e características dos quartos** importa lembrar que, na totalidade, no primeiro, segundo e terceiro pisos, existem vinte e três quartos: dezassete duplos e seis individuais. Segundo informação disponibilizada, por uma questão de segurança, os Residentes não possuem chaves nas portas se eventualmente as quiserem utilizar. Nos quartos duplos, as camas de cada Residente são separadas por uma mesa-de-cabeceira, não existindo uma separação efetiva que garanta a privacidade dos Residentes. Os quartos relativamente à sua estrutura e desenho são idênticos, ou seja, não existe qualquer variação, excepto em detalhes decorativos. No que concerne à personalização dos quartos partilhados, esta quase não se verifica. Poderá existir alguma fotografia dos familiares na mesa-de-cabeceira e à entrada do quarto, no corredor, a fotografia do respetivo Residente. Já nos quartos individuais, a liberdade é maior em termos de personalização, já se verificam mais algumas fotografias pessoais, algum móvel ou cadeira específica, mas a estrutura, o desenho e as cores base não podem ser alteradas. Assim, importa pensar a importância que os bens pessoais e materiais representam para o Indivíduo, aquando da inserção em contextos Institucionais (Guedes,

2012). Baseando-se em Lunt e Livingstone (1992), a Autora procura evidenciar a relevância da relação que se estabelece entre os Indivíduos e os objetos, na medida em que esta é influenciada mediante o contexto material em que está inserida. Os Residentes apenas sobem para os quartos para dormir, e em algumas exceções, para fazer uma sesta após o almoço. Se, eventualmente, alguém tiver visitas e pretender recebê-las no seu quarto, deve ser pedida autorização à Diretora Técnica. A maior parte do dia é passada no piso principal nas salas de convívio ou na sala de refeições. É, no entanto, de salientar que todos os espaços e disposição do mobiliário, estão aprovados pela Entidade reguladora e o mesmo se verifica em relação a todos os elementos Institucionais. Por esse motivo, mais uma vez, sentimos que as Entidades responsáveis pela criação de Legislação inerente a este tipo de estruturas relativas à população em análise, devem inteirar-se das questões teóricas mais profundas que abordam e explicam o processo de Envelhecimento, no sentido de mudar determinados aspetos da realidade Institucional, nomeadamente no que se refere às questões da privacidade.

Observando o **espaço disponível**, constatamos que existem diversas áreas nas quais os Residentes realizam várias atividades. Neste sentido, uma vez debruçados sob a questão dos diversos espaços Institucionais, salientamos a relevância que estes apresentam para a qualidade de vida e bem-estar dos Residentes. Da mesma forma, Guedes (2012) evidência a necessidade de analisar o espaço em função das suas lógicas e normas de organização, bem como de compreender os significados que os seus intervenientes atribuem quando inseridos nos mesmos.

Segundo Gubrium (1975), duas das dimensões significativas do espaço estão relacionadas com o seu carácter público ou privado e como este/esta estado/condição muda com o tempo. Um espaço público é um local no qual os seus membros não fazem qualquer esforço em termos comunicacionais para o reclamar como seu. Pelo contrário, um espaço privado é um local considerado como seu por parte dos respetivos membros, possuindo limites que admitem apenas a presença do membro e que reivindicam os seus privilégios. Utilizando a classificação de espaço público e privado empregue pelo Autor no momento em que é feita referência aos espaços e respectivos participantes, conseguimos perceber que, no piso principal onde se situa a entrada da Instituição, se verifica que os espaços administrativos, os espaços das colaboradoras, a cozinha, bem como os espaços de armazenamento no piso -1, são considerados espaços privados e restritos aos Idosos, salvo raras exceções. A sala de enfermagem, a sala de refeições, o

salão de beleza, a sala de atividades e elevador são espaços que, ainda que dirigidos a Estes, não devem ser utilizados sem o acompanhamento ou supervisão e podem apresentar um carácter público ou privado dependendo dos seus utilizadores e da sua finalidade no momento. As salas de convívio, a sala do terço, os corredores da Instituição, as casas de banho dirigidas aos Residentes e os espaços exteriores são públicos. Dependendo do seu estado de saúde, existe liberdade para a sua frequência sem a supervisão ou acompanhamento. Identificamos, neste sentido, através Fischer (1994) a existência de determinadas regras que visam sobretudo a organização espacial e a contenção dos Indivíduos, onde se restringe por vezes a presença Destes em espaços considerados privados ou acessíveis apenas a sujeitos especiais e em situações particulares. Desta forma, o Autor determina quatro tipos de regras que garante organizarem o ambiente social. As primeiras, as regras de afectação, indicam-nos que cada coisa e cada Indivíduo têm o seu próprio lugar. Para cumprir esta regra, Fisher (1994) explica que existem princípios de repartição cujo principal objetivo é colocar os Indivíduos num espaço em que estes sejam facilmente detetados e vistos a todo o momento, para que seja possível seguir e controlar individualmente cada pessoa. Para o Autor, o tipo de regra em análise explica o facto de, nas Instituições, não se dar aso à mobilidade dos seus Residentes. O segundo tipo de regras, por sua vez denominadas de fruição pontual dos espaços, baseia-se na ideia de que, todos os espaços devem ser utilizados num determinado momento, numa hora específica e com um propósito particular. Ou seja, percebemos que, “(...) o controlo sobre os espaços é, contudo, modulado segundo a natureza das atividades (...)” (Fischer, 1994, p:140). Em terceiro lugar, encontramos as regras de divisão a nível hierárquico. Estas são essencialmente caracterizadas por regras de divisão de um determinado espaço, e aplicadas em função da categoria social ou, neste caso, do estatuto numa Instituição. Isto quer dizer que existem espaços que são utilizados por um determinado grupo mas restritos a outro e vice-versa. A última regra e, na opinião de Fischer (1994), a mais evidente, é a proibição de acesso. No fundo, esta última surge como uma confirmação da regra que vimos anteriormente, pelo facto de restringir o acesso aos espaços. Como o Autor exemplifica, em locais como restaurantes e espaços comerciais que frequentamos, é muito comum identificarmos placas que se pretendem bem visíveis e cuja informação exposta se prende com a proibição à entrada de “estranhos ao serviço”, por exemplo. Já em contextos Institucionais, para Fischer, este tipo de placa, “(...) ilustra o peso e a existência de fronteiras no interior dos espaços institucionais (...) cujo sentido é ainda o

de reservar a certos locais certos privilégios concedidos a alguns (...) Este sistema de diferenciação espacial reflecte a vontade de ordem que o funcionamento de todo o espaço institucional implica” (Fischer, 1994, p:141). Deste modo, o Autor em análise reitera que, o espaço Institucional, pelas suas características, é sempre um local de falsa liberdade, uma vez que, estando o Indivíduo sob constante controlo e supervisão, a liberdade é vigiada ininterruptamente. À semelhança do Autor mencionado anteriormente, também Goffman (1961) refere que, nas instituições, tende-se a verificar a existência de uma divisória que fragmenta o mundo do Indivíduo em três partes, no que concerne aos espaços. Assim, num primeiro momento, faz referência ao espaço situado fora dos limites da Pessoa, onde “(...) a simples presença era a forma de conduta ativamente proibida- a não ser que o internado estivesse, por exemplo, especificamente “com” um agente autorizado ou estivesse ativo num papel significativo do serviço” (Goffman, 1961, p:189). Secundariamente, identifica um espaço caracterizado como “espaço de vigilância”, no qual o Indivíduo não necessita de providenciar uma desculpa ou explicação para a sua presença, mas onde está imediatamente sujeito ao domínio e às restrições impostas pelo contexto. Por último, o Autor reconhece a existência de um espaço “não regularizado” pelos supervisores de uma equipa superior. Refere-se, portanto, aos espaços onde era possível, ainda que momentaneamente, evitar a vigilância inerente a uma Instituição total. A este respeito, Goffman refere que “(...) os internados e a equipe dirigente tacitamente cooperavam para permitir o aparecimento de espaços físicos limitados, onde se reduziam marcadamente os níveis usuais de vigilância e restrição- espaços em que o internado podia ter livremente uma certa amplitude de atividades proibidas e, ao mesmo tempo, certo grau de segurança” (1961, p:190). O Autor denomina estes espaços como “espaços livres” e salienta a sua importância enquanto ajustamento secundário do Indivíduo face às condições a que está exposto.

Relativamente às salas de convívio situadas nos pisos onde se localizam os quartos, estas são utilizadas de manhã cedo enquanto se aguarda a chegada da primeira refeição do dia, ou à noite, após o jantar onde optam por ficar até à hora de ir dormir. Os Residentes sabem que estas salas servem (única e exclusivamente) para esse propósito, não sendo habitual encontrá-los nessas zonas noutros períodos que não os anteriormente referidos. Tal como é explicado na obra de Gubrium (1975) “Living and Dying at The Murray Manor” na vida quotidiana na Instituição as Pessoas tendem a atribuir

significados especiais a determinados e diferentes espaços. A manutenção do significado desses espaços é alcançada através da localização dos elementos que os constituem, bem como através daquilo a que o Autor chama de “falar das coisas certas nos sítios certos” (Gubrium, 1975). Também Fisher (1994), referindo-se desta vez às regras que nomeia de afectação, refere que cada coisa e cada Indivíduo devem situar-se no respectivo lugar, objectivando o controlo organizacional.

É possível verificar que existe uma distribuição quase igualitária de todos os Residentes por duas das três salas de convívio, não havendo uma ocupação total do espaço. Contudo, se existem Residentes que apreciam passar a maior parte do seu tempo nas denominadas salas de convívio, também existem Outros que preferem deambular pelos vários espaços Institucionais ou sentar-se, temporariamente, em locais específicos.

Considerando ainda a questão dos espaços, mais propriamente no que diz respeito à divisão dos Residentes pelas salas de convívio no piso principal e pelos pisos, à semelhança do que acontece em Murray Manor, (Gubrium, 1975) mas não de forma tão categorizada, existe uma distinção com base no estado funcional dos Idosos. Na obra do Autor, os Indivíduos recém-admitidos eram colocados no 1º, 2º e 3º piso mediante o seu estado funcional e, ao mesmo tempo, eram denominados de formas distintas em função desse aspeto. Dirigiam-se a estes enquanto Residentes quando residiam no 1º piso e como Pacientes quando estavam inseridos nos restantes. Entre os recursos humanos menos especializados e alguns Residentes mais alertas, esta distinção era justificada pelo “juízo” que o determinado Indivíduo mantinha ou não. Por sua vez, na Instituição que analisamos, como foi outrora mencionado, verificamos que também esta distinção é efetuada ao nível das salas de convívio e dos pisos. É até evidente e de conhecimento geral o carácter da primeira sala comparativamente à segunda, não apenas pela forma como os familiares se referem a estas, mas, também, pelo estado funcional dos Idosos que as ocupam. Não houve oportunidade para perceber se este tipo de distinção é voluntária ou involuntária. No que diz respeito aos pisos, o 1º é considerado como o mais dependente. Como tal, sempre que é admitido um Idoso cujo estado de dependência seja elevado, este é automaticamente colocado no referido piso, salvo raras exceções, nomeadamente no que concerne à lotação do mesmo. Por esta ordem de ideias, à medida que vamos mudando de piso, o grau de dependência tende a diminuir.

Avaliando a **ERPI em conjunto** podemos constatar que existe uma diferenciação moderada no que diz respeito a todos os espaços da Instituição, principalmente em

relação ao piso principal e aos pisos onde se situam os quartos dos Residentes. Esta diferenciação é essencialmente evidenciada pelas cores, texturas das paredes e dos pavimentos. Relativamente à impressão geral da Instituição, esta é muito agradável em determinados aspetos e não tão agradável noutros, tal como se verifica na generalidade das Instituições que prestam serviços a uma determinada população. É muito agradável, na medida em que o espaço Institucional e todas as suas diferentes áreas são iluminadas, transmitem tranquilidade, conforto e existem vários equipamentos utilizados no cuidado diário aos Idosos que conduzem à sensação de segurança dos seus significativos no que concerne ao cuidado prestado. Quando é realizada uma visita guiada ao espaço Institucional e aos seus diversos constituintes, por norma, os candidatos a Residentes e os seus significativos ficam espantados e agradados pelas condições habitacionais que a ERPI em análise apresenta muito devido ao aspeto “não hospitalar” e à qualidade dos diferentes instrumentos utilizados na prestação de cuidado diário.

Relativamente à **apreciação ambiental** e mais concretamente à **avaliação do recinto em geral**, importa salientar que o ambiente físico pode ser visto como propiciador de independência e autonomia dos Residentes (Moos & Lemke, 1994). Assim, consideramos que os arredores do edifício são bastante agradáveis e atrativos, possuem vegetação rasteira, caminhos limpos, zonas verdes bem conservadas, sem lixo nem vegetação descuidada, evidenciando sinais de cuidado e manutenção frequentes. Exteriormente, o edifício em si apresenta um desenho singular, moderno e atrativo, tendo em conta as estruturas típicas das ERPI, sendo ao mesmo tempo evidente a existência de manutenção regular. No que concerne à **avaliação das quatro grandes áreas principais**, as salas de convívio, a sala do terço e a sala de atividades da Instituição, dependendo das atividades que eventualmente possam ocorrer nas mesmas, em termos de ruído, podem ser consideradas silenciosas. Habitualmente, no que diz respeito aos odores, as salas são espaços que apresentam um odor normal e muitas vezes até perfumado e fresco. A iluminação destas áreas é adequada, suficiente e não incomodativa, permitindo a leitura e a realização de outras atividades. A limpeza de alguns elementos das salas poderia ser ainda mais profunda, uma vez que as mesmas se sujaram com frequência, devido à sua utilização regular. O estado das paredes e dos pavimentos das salas evidencia a existência de algumas imperfeições, se analisadas detalhadamente, muitas vezes devido ao facto de as colaboradoras aproximarem indevidamente os cadeirões e cadeiras de rodas às mesmas. Os móveis existentes nas

salas encontram-se em bom estado de conservação. As salas de convívio, a sala do terço e de atividades possuem janelas adequadas e suficientes para permitir uma boa iluminação, não existe a sensação de fechamento, pelo contrário, existe uma sensação de abertura. Dependendo das salas e do seu posicionamento, a panorâmica envolvente pode ser agradável mas pouco interessante, uma vez que o espaço exterior dentro da Instituição é constituído por zonas verdes mas o exterior da mesma por prédios em todo o seu redor. Por sua vez, a área de refeição, em termos de ruído é moderadamente ruidosa, visto que por vezes as colaboradoras tendem a abordar os Residentes e a falar entre si utilizando um tom alto, bem como devido ao movimentar das louças. Relativamente aos odores, a sala de refeições, por norma, apresenta sempre odores agradáveis. A iluminação desta área é excelente e natural, contudo, quando necessário, é utilizada a iluminação artificial. As paredes e o piso, à hora das refeições, podem apresentar alguma sujidade, no entanto, habitualmente mantêm-se limpos. Os móveis da sala de refeições encontram-se em bom estado. A vista exterior que se obtém da parte envidraçada da sala de refeições é o jardim e alguns prédios. Os corredores da Instituição são silenciosos. Relativamente à sua iluminação, apesar de possuírem clarabóias no decorrer dos mesmos, são das zonas que mais escurecem facilmente, apesar do referido, este problema é solucionado quando se liga a luz artificial. No que diz respeito às paredes e ao piso, estes estão um pouco maltratados. Esta situação deve-se ao pouco cuidado que as AAD têm ao manobrar as cadeiras de rodas dos Residentes que, com a pressa, acabam por riscar e danificar os elementos espaciais mencionados.

### **3.2.2. Características de Organização e Funcionamento da Instituição**

Acerca dos **aspetos financeiros e de ingresso**, aquando do pagamento da primeira mensalidade após admissão em ERPI, é efetuado um depósito de caução no mesmo valor, o qual é devolvido ao familiar responsável em caso de falecimento. O montante da mensalidade que está ao encargo dos Residentes varia consoante cada admissão. Por exemplo, se se trata de um Residente que não possui retaguarda familiar, o mesmo poderá ter de pagar a totalidade do valor (sendo que uma parte é coberta pelo ISS,I.P. nessas situações). Caso o Idoso possua retaguarda familiar e esta pretenda contribuir para a mensalidade a pagar pela estadia, os valores que cada parte tem a pagar são estabelecidos numa reunião entre a Diretora Técnica, o recém admitido e os seus significativos. Assim sendo, a mensalidade mínima é pautada pelos 700€ e a máxima pelos 1300€. Estes valores não são estabelecidos em função dos rendimentos dos

Residentes, mas sim em função dos normativos legais dirigidos à população em questão. As mensalidades incluem serviços como: quarto, cuidados pessoais, limpeza, cuidados de higiene, alimentação, enfermagem, médico e atividades de animação sócio cultural. As despesas extra mensalidade são constituídas por: medicação, fraldas, assistência médica particular, taxas moderadoras, cabeleireiro, consultas médicas de especialidade, próteses, enfermagem especializada, fisioterapia particular, transporte e deslocação a consultas externas. Antes da admissão efectiva dos Residentes existe um período de adaptação de três meses. A Instituição possui ainda uma lista de espera com aproximadamente 100 Pessoas inscritas e possui capacidade para 40 Pessoas, contando atualmente com 40 Residentes.

Analisando agora a **política organizativa** e mais especificamente as informações gerais, a ERPI em análise, relativamente à sua independência, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Tem um conselho de Direcção que se reúne com frequência e, nas referidas reuniões, habitualmente, estão presentes apenas membros da Direcção. Esta, e principalmente os seus membros mais ativos, têm autoridade para regulamentar a vida diária dos Residentes, relativamente aos serviços e atividades desenvolvidas na Instituição. Relativamente ao modelo que formata a organização em termos de funcionamento, conseguimos identificar a existência de um modelo de hierarquia vertical. De acordo com este, podemos compreender que a profissional de serviço social responsável por gerir a Instituição e todos os seus elementos não pode tomar qualquer decisão relativa a esses aspetos sem consultar a Direcção. Possui, portanto, pouca autonomia no que concerne à tomada de decisão. Podemos concluir que, a política organizacional da Instituição é similar à generalidade das Entidades do presente setor, não permitindo grandes alterações à forma e metodologia de intervenção. Quanto à transmissão das regras de funcionamento, no ato de admissão é fornecido aos significativos do Residente um exemplar do regulamento interno da Instituição. Este é, também, dado a conhecer, por vezes, dependendo das ordens da Direcção, às funcionárias que iniciam funções na ERPI. A Instituição não tem um programa específico que vise a integração e orientação dos Residentes recém admitidos. Neste sentido, como afirma Guedes “(...) daí em diante, o utente torna-se responsável pelo seu próprio processo de enquadramento (...) O idoso “é atirado” para a convivência com um coletivo desconhecido” (2012, p:320). Relativamente à realização de reuniões com as equipas de profissionais que contactam em primeira linha com os

Residentes, estas não se verificam concretamente, no entanto, a direcção procura acompanhar e orientar as mesmas durante a troca de turnos. Este acompanhamento pauta-se pela recolha e troca de informações a nível verbal e escrito, sempre que se verifica uma mudança relativa às equipas de turno. No momento em que se aproxima a hora de saída de uma determinada equipa e a entrada de outra, as AAD e a Diretora Técnica reúnem na sala de pessoal e analisam os constrangimentos e situações verificadas no decorrer do turno, bem como a transmissão de informações de carácter urgente. Trata-se de um sistema de comunicação e acompanhamento que objectiva o conhecimento geral, entre os profissionais em questão, relativamente ao estado de todos os Residentes, bem como no que diz respeito a alterações no próprio contexto organizacional. Tal como acontece em Gubbrium (1975), a informação relativa a eventuais alterações à política Institucional ou a questões inerentes à vida quotidiana dos Residentes, é muitas vezes transmitida através de avisos escritos. Estes são colocados em local próprio para o efeito e de conhecimento das AAD e ASG, perspectivando, sobretudo, a organização das rotinas de trabalho e a passagem de informação. São o meio de comunicação privilegiado entre a equipa considerada superior e os profissionais de primeira linha. Contudo, esta metodologia de trabalho nem sempre se demonstra como a mais apropriada, pois, apesar de a equipa de pessoal que entra num novo turno saber que deve consultar o espaço supracitado, este procedimento nem sempre é efectivado por todas as colaboradoras, o que leva a que possam existir falhas na comunicação e, conseqüentemente, uma perturbação das rotinas Institucionais.

Na Instituição existe ainda uma voluntária que acompanha por vezes as atividades básicas da vida diária (ABVD) de alguns Residentes. No entanto, uma vez que quando integramos a equipa técnica a voluntária em questão já se encontrava a prestar esse tipo de serviço, não foi possível perceber se tinha sido inicialmente orientada no sentido de conhecer o funcionamento Institucional.

Em relação às **normas e condutas relacionadas com os bens pessoais**, existem determinadas normas e orientações presentes no regulamento interno da Instituição que se espera serem cumpridas pelos Residentes, a partir do momento em que se considera que a sua integração está concluída. No entanto, algumas podem ser facilitadas em alguns casos, dependendo das regras em si e muitas vezes devido ao estado de saúde dos Residentes. Por exemplo, atitudes como beber álcool no quarto; ter um pássaro ou

peixe no quarto; ter uma máquina de café no quarto; ter um disco eléctrico no quarto; lavar algumas peças de roupa na casa de banho; fechar à chave a porta do próprio quarto e ter relações sexuais com os outros Residentes são desencorajadas. Isto significa que há uma tentativa por parte do pessoal das equipas dos pisos bem como da equipa superior em desincentivar e/ou eliminar este tipo de comportamentos. Atitudes como ter a sua própria mobília de quarto; beber um copo de vinho às refeições e não tomar o pequeno-almoço para dormir até mais tarde, são comportamentos que podem eventualmente ser permitidos avaliando no momento circunstâncias como a tipologia de quarto bem como a dieta alimentar e o estado de saúde dos Residentes. Sobre as **expectativas relacionadas com o nível de capacidade funcional**, importa salientar que situações como a incapacidade de fazer a cama ou de limpar o quarto não são passíveis de serem avaliadas conscientemente com os critérios existentes, uma vez que estas condições fazem parte dos serviços incluídos na mensalidade e portanto, por norma, ainda que os Residentes possuam capacidade para realizar as atividades da vida diária anteriormente nomeadas, não é expectável que as façam. Existiam apenas duas Residentes que pontualmente faziam a própria cama. Exceptuando estes dois casos, as AAD e ASG não solicitavam ajuda dos Residentes nesse sentido. Já no que diz respeito a situações em que Estes são incapazes de realizar ABVD como alimentar-se, tomar banho e vestir-se sozinho, existe alguma tolerância no que concerne à forma de lidar com as mesmas. Ou seja, este tipo de comportamento é esperado, mas por vezes é efetuado um esforço para encorajar o Indivíduo a agir de forma mais apropriada àquilo que lhe é pedido. Analisando a existência de incentivos por parte das AAD e ASG face à realização de ABVD, consideramos que estes não são, efetivamente, notórios. Por vezes, no momento em que as técnicas estão a cuidar de algum Residente cujo grau de dependência ainda lhe permite ser cooperante e auxiliar a colaboradora, procuram estimular o mesmo através de atividades como vestir e pentear, por exemplo. Também à hora da refeição, no que se refere ao próprio processo de alimentação e em relação à transição de um local para o outro, as colaboradoras, por vezes, tentam incentivar os Residentes que ainda possuem essas capacidades, no sentido de promover a sua independência. No entanto, constatamos que, estes incentivos e apostas na autonomia e independência dos Idosos apenas acontecem se não alterarem as rotinas de trabalho. Ou seja, quando as AAD se sentem pressionadas pelas tarefas a realizar num determinado turno, ou quando uma colaboradora que ainda não conhece a Instituição é parte da equipa destacada, não existe “tempo” para conceder a hipótese aos Residentes de realizarem as ABVD por si

só ou com supervisão apenas. Tomemos o exemplo de uma Residente que possui alguma dependência no que diz respeito à mobilidade, mas que, com apoio unilateral consegue caminhar e fazer a transição entre as diferentes salas. Pontualmente, as AAD, dependendo das equipas destacadas para cada turno, estimulam a Residente acompanhando-a até à sala de refeições através da utilização de apoio unilateral. Apesar disso, com maior frequência, a Residente é colocada na cadeira de rodas e transportada para a sala pretendida.

Em relação a algumas situações que causam constrangimentos, sentimentos de vulnerabilidade e exposição aos Residentes, devido ao seu teor (incontinência de urina ou fezes, confusão ou desorientação e depressão), estas são vistas pelas cuidadoras formais como passíveis de serem permitidas e/ou toleráveis dependendo das suas patologias e do estado funcional.

Ao analisar as **regras relacionadas com potenciais problemas de comportamento**, é possível verificar que, situações como recusar-se a tomar a medicação; tomar medicação não prescrita; exceder a toma da medicação; ficar em estado de embriaguez; sair da Instituição sem avisar; recusar-se a tomar banho ou a cumprir as medidas de higiene; perturbar o ambiente ou fazer barulho; atentar contra a própria vida e exhibir-se de forma indecente, são desencorajadas pela equipa superior bem como pelas equipas de colaboradoras, isto é, perante situações como as citadas anteriormente, existe uma tentativa de desincentivar e de eliminar tais comportamentos. Já em relação a atitudes como roubar bens de outros Residentes; estragar ou rasgar bens materiais propositadamente; ameaçar verbalmente/ agredir fisicamente outro Residente ou algum membro do pessoal, são comportamentos intoleráveis e é provável que, se um Residente não alterar os mesmos, seja convidado a abandonar a Instituição pelo facto de estar a perturbar e a colocar em risco os demais.

Abordando a questão da **participação dos residentes**, constatamos que esta possui grande importância, tendo em conta a temática do Trabalho de Projeto. Para (Santos, 2014, p: 40):

“A impossibilidade de exercer o controlo sobre a própria vida desincentiva a actividade cognitiva. Além disso, a ausência de organização dos idosos em grupos implicados na gestão da vida quotidiana não somente os priva de oportunidades de relacionamento social, como reforça a tendência para que, progressivamente, os actos do quotidiano percam qualquer significado social, reduzindo-se a meros gestos de manutenção da vida biológica.”

Também Moos e Lemke (1994) reiteram que, políticas organizacionais que permitem aos seus Residentes o planejamento diário das suas rotinas num contexto Institucional parecem contribuir para a sua independência e, ao mesmo tempo, fortalecer as relações entre os profissionais e os Idosos, ao aumentar o poder de decisão Destes últimos. Na ERPI em análise, percebemos que, a única Residente que desempenhava tarefas como acompanhar os Residentes na deslocação para os diversos espaços, auxiliar na hora da refeição, bem como ajudar as colaboradoras, deixou de o fazer, uma vez que, recentemente, o seu estado cognitivo começou a ficar comprometido. Na Instituição, não há um conselho de Residentes que reúna pontualmente para discutir os assuntos que lhes são inerentes, contudo, em pequenos grupos de Residentes mais familiarizados entre si, estes assuntos são discutidos. Assim, pensamos que abordar os Mesmos no sentido de os capacitar e incentivar face à criação de um conselho de Residentes, se existir abertura para tal, será positivo, benéfico e viável. Neste sentido, também Moos e Lemke referem que políticas organizacionais caracterizadas por sustentar a escolha, participação e a autonomia de decisão pode influenciar os Residentes, uma vez que Estes “(...) experimentam uma melhor adaptação em organizações com políticas que suportam a escolha e o controlo pessoal” (1994, p:18). Por vezes estes pequenos grupos constituídos por elementos considerados alerta em termos cognitivos, são ouvidos quando abordam as questões que eventualmente os desagrada com os seus significativos e pontualmente com a Diretora Técnica. Da mesma forma, atualmente, não são realizadas reuniões nem sessões de grupo com os Mesmos. A participação dos Residentes em algumas atividades acaba por ser apenas figurativa. Acreditamos que a Estimulação Cognitiva pode, em simultâneo, contribuir para a participação dos Residentes na vida Institucional, ao ser utilizada como mecanismo de capacitação e manutenção das capacidades cognitivas.

Relativamente à **tomada de decisões**, como o próprio nome indica, analisamos o peso que os Residentes têm na tomada de decisões acerca de assuntos inerentes à sua vida na Instituição, relacionando-se com o ponto anterior. Sabemos que, segundo Moos e Lemke (1994), os Residentes que vivem com maior possibilidade de tomar decisões, controlar as suas vidas e de obter privacidade apresentam graus mais elevados de independência e influência. A organização e o estabelecimento de atividades que trazem diversão aos Residentes como filmes ou festas, atividades educativas como conferências ou cursos, atividades de boas vindas cujo objetivo é facilitar o processo de integração

dos Residentes recém admitidos, novos programas e atividades, ementas semanais, horário das refeições, horário das visitas, decoração dos espaços públicos, medidas de segurança, tratamento e análise das queixas dos Residentes e o estabelecimento de regras inerentes ao funcionamento da Instituição, são decididas pela Direcção em conjunto com alguns dos técnicos responsáveis pelas atividades das áreas específicas que foram anteriormente enunciadas (nomeadamente a assistente social, a animadora sócio cultural, a nutricionista e a equipa de enfermagem). A opinião dos Residentes geralmente não é solicitada face às inúmeras decisões e situações que lhes dizem respeito. Quando são efetuadas alterações no modo de proceder relativamente a algo que lhes diz respeito, tal verifica-se após algumas manifestações de desagrado e, por vezes, depois de os seus familiares abordarem a Directora Técnica nesse sentido. Os fornecedores de serviços, devido ao facto de não contactarem directamente com os recetores de serviços, não têm conhecimento das suas preferências e opiniões relativamente aos serviços prestados. Desta maneira, quando Estes últimos entram para a Instituição, passam a ser parte integrante de rotinas e decisões tomadas com base no senso comum e na generalização, ignorando-se, por vezes, o cuidado individualizado, a singularidade e a identidade dos Indivíduos. A este respeito, os autores Gaulejac, Bonetti, e Fraisse (1995) abordam o Modelo de Gestão dos Quatro Corpos, onde, para estes, as organizações que prestam serviços aos Idosos constituem um sistema que é caracterizado por quatro principais grupos de intervenientes/subsistemas que se encontram em interação: os fornecedores de recursos, os transformadores de recursos, os produtores de serviços e os utilizadores dos serviços. Os primeiros caracterizam-se por um grupo de Pessoas que procura e consegue os financiamentos, os meios, as informações, os clientes, mas, também, a legitimidade de uma Instituição. Nesse sentido, possuem um papel fundamental na criação da organização e são, normalmente, os membros do conselho de administração ou da entidade encarregue de o controlar. Por sua vez, os transformadores de recursos são, essencialmente, a direcção de uma Instituição, na medida em que se constituem como o grupo que transforma os recursos em serviços. Realizando um trabalho de organização que consiste, por um lado, na procura de recursos de forma a garantir o estabelecimento de relações com o meio envolvente onde a Instituição presta serviços e o seu sistema interno e, por outro lado, em organizar o funcionamento interno da Instituição, gerindo as interações que se estabelecem entre os diferentes grupos de intervenientes. Deste modo, trata-se de um grupo que domina o sistema de informação e concentra o poder, a autoridade e a

legitimidade interna, fixando os objetivos e controlando a sua concretização. Já os produtores de serviços são o grupo de profissionais encarregue de construir o serviço com vista ao seu fornecimento a terceiros. Deste modo, o serviço prestado é muitas vezes indissociável de quem o presta, surgindo, neste ponto, a grande importância da relação pessoal na produção do serviço, uma vez que, a qualidade do serviço fornecido vai depender, em grande quantidade, da qualidade da relação estabelecida entre os produtores e os utilizadores de um determinado serviço. Por último, os utilizadores de serviços, como o próprio nome o indica, constituem o grupo dos destinatários dos serviços. Habitualmente, este grupo não é considerado parte integrante de uma Instituição e raramente possui a possibilidade de intervir sobre o seu modo de funcionamento, pelo facto de se encontrar individualizado e, portanto, raramente organizado e associado. Após definirmos cada grupo com base nos Autores em análise, urge, então, compreender de que forma são estabelecidas algumas das interações inicialmente mencionadas. Nesse sentido, importa primeiramente referir que os fornecedores e os transformadores de recursos formam o sistema coletor de recursos. Os produtores e utilizadores de serviços formam o sistema produtor de serviços, concretizando, em termos de produção, a missão que uma certa Instituição se predispõe a alcançar. Por sua vez, os fornecedores de recursos e os utilizadores de serviços constituem o sistema externo visto que, por norma, não estão integrados no sistema de gestão da Instituição. Finalmente, e pelo contrário, os transformadores de recursos e os produtores de serviços representam o sistema interno, tendo em consideração que reagrupam e organizam o pessoal que está encarregue de assegurar o funcionamento de uma organização (Gaulejac, Bonetti, & Fraisse, 1995).

Os fornecedores e transformadores de recursos estabelecem relações privilegiadas, uma vez que a qualidade das relações estabelecidas entre os membros de uma Instituição com os Individuos e instituições das quais depende a sobrevivência da organização, é função do poder que a direção possui. Já os transformadores de recursos e os produtores de serviços interagem em função de relações funcionais e hierárquicas, preconizando a sustentabilidade da organização e, ao mesmo tempo, tentando reforçar a sua autonomia. Os produtores de serviços estão em contacto permanente com os utilizadores de serviços, sendo importante realçar que a qualidade do serviço depende, basicamente, da capacidade do prestador de serviços escutar os pedidos do utilizador e adaptar o serviço às situações e problemas específicos. Os utilizadores, não obstante o

seu carácter fulcral e indispensável, uma vez que todo o sistema existe para e em função dos Mesmos, por norma, são excluídos do sistema de gestão das organizações, tal como temos oportunidade de verificar na prática. Para os Autores, o funcionamento deste tipo de organizações evidencia que os produtores de serviços substituem muitas vezes os utilizadores de serviços aquando da definição das suas necessidades e, ainda, que os utilizadores de serviços e os fornecedores de recursos raramente estabelecem ligações entre si, o que acaba por representar a distância entre a rede Institucional e a sociedade civil. Isto significa que os fornecedores de recursos orientam e avaliam a produção de uma Instituição sem terem em consideração a perspetiva dos maiores interessados, os utilizadores de recursos. Desta forma, Estes últimos reúnem poucas possibilidades de intervir nos objetivos, utilização dos recursos, natureza do serviço prestado e, de uma forma global, no sistema que gere a sua vida quotidiana dentro de uma instituição. Segundo Gaulejac, Bonetti e Fraisse (1995), esta situação deve essencialmente ao facto de o sistema interno, isto é, os transformadores de recursos e os produtores de serviços, estabelecerem uma relação na base da dependência com os fornecedores de recursos, a qual condiciona a sobrevivência da Instituição e obriga os primeiros a cingirem-se e a orientar-se em função das expectativas e linhas de referência dos últimos, em detrimento das vontades e expectativas dos utilizadores de serviços.

Perante esta condição, os Autores sugerem a aplicação do Modelo de Gestão do Desenvolvimento Social, onde os utilizadores assumem um papel central, com vista à superação dos limites impostos pelo modelo de gestão anteriormente analisado. Este pressupõe, num primeiro momento, a existência de uma inversão nas correntes dominantes dos fluxos de poder e informação que caracterizavam a gestão tradicional e, secundariamente, a transformação dos utilizadores de serviços em parte integrante e envolta na ação dos produtores de serviços. Assim, através da associação, seria possível dinamizar o espaço público democrático, dando voz aos Idosos, aumentando o seu poder de reivindicação em torno da conceção e implementação de estratégias e respostas concretas às suas necessidades e problemas, tendo em consideração que: os poderes públicos tendem a desconhecer a diversidade e complexidade dos constrangimentos que comprometem a igualdade dos idosos perante os seus direitos, o exercício das suas liberdades fundamentais e a satisfação das respetivas necessidades básicas; um problema social só existe e ganha relevo no momento em que os indivíduos que o vivem e experienciam se organizam, associam e criam definições e si próprios e da

problemática que pretendem superar (Gaulejac, Bonetti, & Fraisse, 1995). Assim, a associação, definida como um recurso utilizado para aumentar a capacidade de organização e de influência de Indivíduos ou grupos que se encontrem em situações de vulnerabilidade social, bem como uma forma de organização coletiva com potencialidades específicas para promover as Pessoas, ao reunir particularidades como objetivos partilhados, igualdade entre os membros, partilha de interesses/causas/projetos/problemas comuns, e ainda a implicação ativa na vida dos Indivíduos dos objetivos, projetos e problemas em questão, surge como uma ferramenta de capacitação e forma de dar voz aos Idosos em contextos sociais e Institucionais, possibilitando a participação e integração social, a democratização do poder e a vivência de verdadeiros projetos de vida onde o Idoso é a personagem principal.

Aspetos como os enunciados no decorrer destes dois pontos resultam, com frequência, em situações de desempoderamento e ausência de qualidade de vida. Contudo, podem ser vistos, paralelamente, como meios de concretizar e utilizar a Estimulação Cognitiva nomeadamente no pensar e superar dos problemas. Assim, consideramos importante partir para uma análise destas questões à luz do conceito de Empowerment. Quando nos referimos ao Empowerment, pensamos num processo de “(...) reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder- psicológico, sociocultural, político e económico- que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania” (Pinto, 1998: 252). Ou seja, numa visão muito simplista, o Empowerment é uma forma de gerar poder, através da capacitação. Perspetivando a aplicação desta estratégia no campo do Envelhecimento, deparamo-nos com inúmeras situações passíveis de serem alteradas. Neste sentido, importa evidenciar algumas questões: a utilização desta estratégia junto da população Idosa poderá assumir um papel preponderante, se pensarmos a mesma enquanto consumidora e receptora de serviços, mas, também, enquanto conjunto de cidadãos de plenos direitos que, até há algum tempo atrás, não imaginavam viver tanto. O facto de existir um aumento na esperança média de vida, como constatamos na conceptualização teórica relativa ao Envelhecimento, nem sempre se traduz em qualidade de vida capaz de se concretizar em função de factores físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais. Decorrente do aumento da longevidade, a falta de preparação dos próprios Idosos face às exigências dos complexos processos de

Envelhecimento faz com que, chegados à fase da velhice, não exista um projeto de vida, sonhos e objetivos a alcançar, visto que na sua idade adulta Estes não foram familiarizados com as possibilidades que existem em termos de realização pessoal, participação, aprendizagem ao longo da vida. Como confirma Carvalho, tendo por base Rosnay et al (2006) “(...) os “velhos idosos” de hoje, que não esperavam viver tanto, não tiveram verdadeiros modelos para a sua velhice, e agora têm alguma dificuldade em saber o que fazer (...)” (2013, p:50). Com a evolução também patente na área da Gerontologia, com o aumento das habilitações literárias, o avanço das novas tecnologias, atualmente, os Indivíduos que se encontram na idade adulta já começam a compreender que o processo de Envelhecimento pode ser mais: pode ser mais do que cuidar a espera.

No seguimento do que foi mencionado anteriormente, o empowerment em contextos Institucionais deve ser concebido pelos interventores sociais numa lógica que contrarie o assistencialismo e que dê primazia à estimulação, autonomia, capacitação, emancipação e participação. Contudo, a questão da participação desta categoria populacional torna-se difícil de enquadrar, quando se verifica uma segregação societal baseada muitas vezes na evolução tecnológica e em estereótipos de ociosidade e homogeneidade grupal. Para além do referido, consideramos importante evidenciar que, os profissionais que trabalham com este grupo etário não podem associar a participação única e exclusivamente a contextos onde existe autonomia e independência, pelo contrário, o repto está em “(...) promover e potenciar a participação em contextos de dependência, e, em especial em contextos de institucionalização, mais vulneráveis ou propiciadores da falta de participação” (Carvalho, 2013, p:58). Um dos desafios e estratégias a aplicar em contexto Institucional ao qual atribuímos elevada importância, tendo em consideração a análise efetuada à Instituição, passa pela quebra de alguns estereótipos e preconceitos assentes na idade e na homogeneização. Queremos com isto dizer que o primeiro passo é diferenciar os Idosos e distinguir os Mesmos pelas suas especificidades, saberes e percursos de vida, reconhecendo as diferentes formas de vivenciar esta etapa da vida. Certo é que, para alcançar de forma positiva este objetivo, os interventores sociais e todos os intervenientes que participam num determinado contexto devem, ao mesmo tempo, estar preparados para conceber as distintas ideologias e a adaptar os serviços fornecidos às mesmas. O segundo passo, dado o contexto em que pressupomos a intervenção, prende-se com a aplicação de dois dos

quatro paradigmas através dos quais se tem vindo a criar o conceito de empowerment junto da população Idosa (Charpentier e Soulières, 2007): referimo-nos, primeiramente, ao empowerment focado nos receptores de serviços sociais e de saúde, numa perspetiva que procura realçar a efectiva participação dos Idosos na constatação e definição das suas necessidades, no desenho da intervenção que visa a superação das mesmas, na escolha dos serviços nos quais se pretendem inserir, no poder de decisão e no estabelecimento de alianças com os profissionais técnicos e especializados. Num segundo momento, destacamos a aplicação do empowerment quotidiano, pela enfatização da interação com os seus semelhantes através da criação de laços e relações sociais e, ainda, pela selecção e definição de opções face a tudo aquilo que é inerente ao dia-a-dia do Indivíduo, tendo em atenção o facto de os processos de Envelhecimento desenvolvidos em contextos Institucionais possuírem maior probabilidade de desempoderar os Idosos (Ibidem).

Para concluir, para além dos paradigmas supracitados, consideramos ao mesmo tempo essencial manter o foco nas potencialidades e oportunidades dos Indivíduos, trabalhando as mesmas e utilizando-as como “elevador” para a integração e participação social, perspetivando o alcance efectivo da qualidade de vida e a manutenção de processos de Envelhecimento ativos e próprios.

Analisando os **serviços e atividades disponíveis** percebemos que, na Instituição, são prestados serviços como a consulta Médica cujo horário é regular, sendo utilizada por todos os Residentes que pretendam ser vistos pela Médica da Instituição, bem como por aqueles que são destacados pelas enfermeiras devido a alguma situação em concreto. Por sua vez, o serviço de enfermagem está disponível 8h por dia, e atende as necessidades de todos os Residentes nesse sentido. Serviços de fisioterapia, podologia, terapia ocupacional, psicoterapia ou ajuda psicológica, assistência legal, assistência bancária, são serviços particulares que não são prestados pela Instituição e que devem ser pagos pelos Idosos se Estes assim o desejarem. Atividades como a limpeza dos quartos e de lavandaria, a assistência na preparação da comida e no que diz respeito aos cuidados pessoais são serviços incluídos na mensalidade e utilizados pela totalidade dos Residentes. A assistência nos cuidados pessoais depende do estado funcional Destes. Em relação aos **serviços de alimentação** verifica-se que existe serviço diário de pequeno-almoço o qual deve ser servido às 09h00, segundo o que está estabelecido no regulamento interno da Instituição. Todos os Residentes devem estar preparados para

descer e tomar o pequeno-almoço, ao mesmo tempo, existindo, no entanto, algumas exceções recorrentes, nomeadamente em situações em que Estes têm consultas ou algum programa no exterior. Nesses casos, havendo necessidade de sair mais cedo para uma consulta, são preparados mais cedo e é-lhes servido o pequeno-almoço individualmente. Se, eventualmente, o Residente tiver de sair da Instituição em jejum para efectuar algumas análises, quando regressa também Lhe é servido o pequeno-almoço individualmente ou o reforço da manhã. No que diz respeito ao número de Pessoas que normalmente tomam o pequeno-almoço na Instituição, habitualmente, é o número total de Residentes e ainda uma Idosa de Centro de Dia (CD). O serviço de almoço diário ocorre por volta das 12h00/12h30. À semelhança do que acontece com o pequeno-almoço, todos devem estar na sala de refeições à hora estipulada, excetuando casos especiais, como aqueles expostos anteriormente. Geralmente, almoçam na ERPI o número total de Residentes que a ocupa e ainda uma Idosa de CD. Por sua vez, o serviço diário de jantar ocorre por volta das 18h00 ou das 19h00, para os Residentes mais debilitados que são levantados mais cedo e para os restantes, respectivamente. Para Aqueles que possuem patologias como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e alergias alimentares que possam ser agravadas mediante o tipo de alimentação que é feito, existe um regime dietético específico e distinto dos restantes. Para além destas especificidades, sempre que por algum motivo algum Residente tem que cumprir um plano de dieta específico, o mesmo é realizado. No que diz respeito aos gostos alimentares, geralmente, procura-se suprir os problemas existentes, preconizando, acima de tudo, o sentimento de bem-estar. A grande maioria dos Residentes apresenta patologias como as acima nomeadas. Assim, estas alterações às ementas expostas são feitas diariamente. Relativamente aos lugares onde se sentam, em cada admissão esta questão é determinada pela Diretora Técnica, tendo muitas vezes por base a opinião das Ajudantes de Ação Direta (AAD) e das Auxiliares de Serviços Gerais (ASG).

Em relação às rotinas de despertar e deitar, não existe no regulamento interno uma hora específica para acordar os Residentes. Contudo, devido às funções desempenhadas, era imprescindível conhecer o funcionamento integral da Instituição, nomeadamente no que concerne aos procedimentos relativos ao despertar e à higiene matinal. Em relação a estes últimos, Gubrium (1975) refere que a vida diária dos Residentes começa com o despertar. Uma vez que a equipa do piso tem de acordar alguns Idosos mais dependentes, o Autor menciona que esta tarefa começa muito cedo no turno da manhã e

salienta que, quanto menos auxiliares estiverem no piso mais cedo este procedimento é iniciado.

Comparando com a nossa unidade real de análise, e uma vez que as AAD que fazem o turno da noite são responsáveis, entre outras tarefas, por realizar a higiene dos Residentes do 1º piso (piso dos Residentes mais dependentes), para conseguir dar resposta a todas as necessidades as AAD começam a acordar os Residentes pelas 07h00. As AAD do turno da manhã, quando entram no respectivo turno, iniciam o despertar do 2º e 3º pisos por volta da mesma hora, tendo em conta que é suposto estar na sala de refeições pelas 09h00 para o pequeno-almoço. Este procedimento, dependendo das AAD, é realizado de forma mais ou menos enérgica mas ao mesmo tempo calma, ou seja, apesar de as colaboradoras evidenciarem alguma pressa pelo facto de existirem horários a cumprir, tal não significa que acordem os Residentes de forma brusca. Pelo contrário, mais uma vez ressaltando as diferenças na personalidade de cada AAD, fazem-no num tom de voz calmo e por vezes até carinhoso e brincalhão. Do mesmo modo, também Guedes (2012) verifica o estabelecimento de um intervalo de tempo no qual é suposto ocorrer a higiene matinal e preparação dos Residentes, com vista à realização da primeira refeição do dia pontualmente. Neste sentido, Gubrium salienta que “(...) quando chega a hora, as auxiliares vão pelo corredor abaixo e avisam toda a gente de que é “hora de acordar”. A forma como o fazem depende da conceção que as auxiliares têm em relação aos problemas que é provável os Pacientes criarem “se os acordarmos demasiado cedo ou demasiado tarde” ou de forma demasiadamente brusca” (1975, p:125).

Na Instituição que analisamos, as higiènes e preparações de todos os Residentes devem ser efetuadas no referido período. No entanto, são estabelecidas prioridades relativamente a quem deve ser acordado primeiro. Por exemplo, na Instituição é dada prioridade no despertar aos Residentes considerados mais dependentes e que necessitam do apoio das AAD. As Pessoas que são classificadas como independentes para a realização das ABVD são acordadas posteriormente. A este respeito, também Gubrium (1975) menciona que, com o objetivo de ter todas as Pessoas prontas para o pequeno-almoço, aproximadamente ao mesmo tempo e com a mínima perturbação na rotina habitual, as auxiliares normalmente sequenciam o acordar. Isto é, os Indivíduos mais dependentes que devem ser conduzidos e transportados para a sala de refeições, mas que requerem ajuda extra para ficarem prontos, são acordados primeiro. Aqueles que os

funcionários do piso perspectivam como conscientes e orientados no tempo e espaço, que se ajudam a si próprios e são capazes de reclamar são acordados mais tarde. Quem também é acordado mais tarde são os Pacientes conhecidos como “feeders”, isto é, Pessoas que comem um tipo de alimentação específica ou de uma forma particular. Normalmente as suas refeições são ministradas na cama podendo ou não necessitar de ser alimentadas pelas auxiliares ou enfermeiras de serviço. Relativamente ao último aspeto referido, importa salientar que também este se verifica na Instituição que estudamos.

No que concerne à roupa que os Residentes vão vestir, perspectivando este momento como capaz de contribuir cognitivamente para o estado dos Mesmos, apenas aqueles que não apresentam qualquer comprometimento em termos funcionais têm liberdade de escolha. Os demais, ainda que competentes para o fazer em termos cognitivos, não são questionados nesse sentido. Consideramos que estas situações ocorrem, por um lado, devido ao momento em que é escolhida a roupa que os Idosos vão vestir no dia seguinte, uma vez que esta tarefa é efetuada pelo turno da noite, em momentos em que os Residentes se encontram nas salas dos pisos. Por outro lado, estas questões poderão ser vistas como alguma falta de compreensão face às particularidades do processo de Envelhecimento, à necessidade de se colocar em prática a estimulação cognitiva, e, mais propriamente, relativamente ao impacto que as mesmas têm nos Indivíduos. Estas situações, por vezes, causam alguns constrangimentos aos Residentes que acabam por se manifestar junto da profissional dos serviços administrativos e da assistente social. Neste sentido, também Guedes relata a par da sua experiência que “(...) é muito raro ouvir-se perguntar ao idoso(a) o que deseja vestir. Até a oportunidade de pensar sobre a roupa, as cores, a combinação das peças, os adereços...é desperdiçada, contribuindo, mesmo no que concerne a uma questão trivial do dia-a-dia para a diminuição das suas capacidades cognitivas que deixam de ser usadas” (2012, p:152).

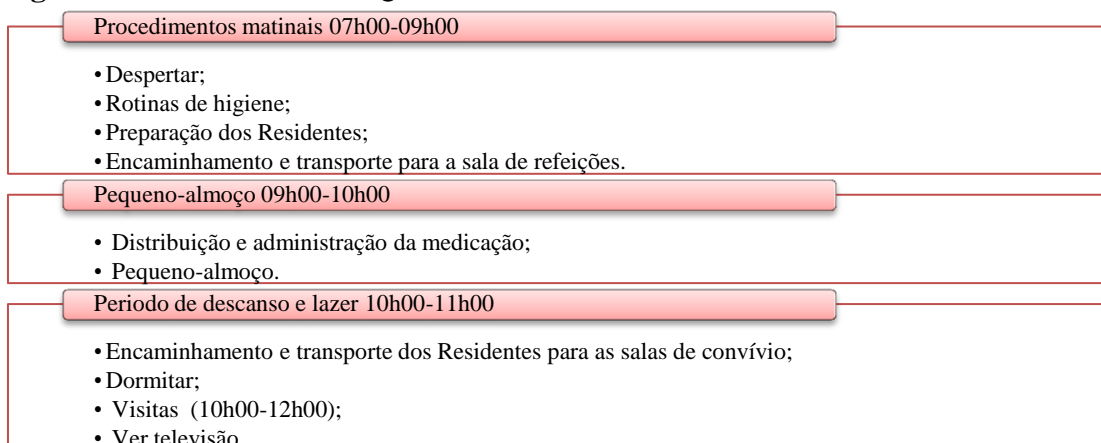
Ainda relativamente aos horários em que ocorrem determinadas atividades quotidianas da vida Institucional, importa mencionar que, no regulamento interno também não existe uma hora específica para os Residentes irem dormir. Estes sobem para os respetivos pisos pelas 20h30 após o jantar e deslocam-se para as salas de convívio, exceto os Residentes do 1º piso que, por norma, à hora em questão já estão a descansar devido às suas patologias. Os Residentes que pretendem ir diretamente para os seus quartos têm liberdade para o fazer, necessitando de ajuda das AAD ou não. Se

eventualmente precisarem de assistência nesse sentido, poderão ter de aguardar algum tempo enquanto as AAD assistem Aqueles considerados mais prioritários. Por volta das 21h30, é servida a ceia nos pisos aos Residentes que têm medicação para tomar e àqueles que pretendam cear. Algum tempo depois, cada Residente é encaminhado para o seu quarto, para que possam descansar. Enquanto preparam os Mesmos, assim como o ambiente para que possam descansar, as AAD verificam se estão todos bem e presentes nos seus quartos. Neste momento, embora as luzes principais sejam apagadas nos corredores, nas salas e nos quartos, existe na entrada exterior de cada quarto uma luz de presença que permite às AAD orientarem-se aquando das rondas noturnas. À semelhança do que foi mencionado anteriormente, quando os Residentes saem da Instituição com familiares, também não existe uma hora regulamentada para o seu regresso. Se algum Residente regressar de madrugada as AAD são informadas e preparam-se para o receber a qualquer hora. No que diz respeito ao horário de visitas, estas decorrem entre as 10h00-12h00 e as 15h00-18h30, exceto ao fim de semana e feriados em que o horário máximo de visita é às 19h00. Este horário está exposto na receção, no entanto, pode ser alargado aos familiares, mediante autorização da Diretora Técnica. No regulamento interno da Instituição consta, ainda, a possibilidade de os significativos participarem em algumas atividades e/ou serviços (refeições, épocas e datas festivas, atividades previstas na Instituição e pequenas higiènes pessoais), com autorização prévia da Diretora. A este respeito consideramos pertinente compreender a importância que a família, enquanto rede de suporte privilegiada, mantém aquando da inserção dos Idosos no contexto Institucional. Segundo Pimentel (2001), o estabelecimento de contactos frequentes com os seus significativos possui um significado ainda mais importante para os Idosos, na medida em que funciona como impulsionador na participação social e autonomia pessoal: “(...) a interação com a família próxima constitui uma das condições mais importantes para a abertura ao exterior por parte dos idosos (...) é um dos principais factores para que as pessoas participem na vida social, ainda que dentro das limitações decorrentes da sua condição de institucionalizados” (Pimentel, 2001, p:78). Neste sentido, a Autora reitera que, a Família, apesar das suas evidentes alterações em termos de estrutura e disponibilidade, continua a ser uma rede de apoio e realização emocional para os Indivíduos. Por este motivo, mais uma vez consideramos imprescindível a criação de um espaço, dentro da Instituição, que possibilite a partilha privada, sentida e as trocas com a Família. Por outro lado, também percebemos a participação da Família em contextos

Institucionais como uma hipótese de transmissão de saberes relativamente às especificidades da Pessoa cuidada, entre os cuidadores informais e formais. Ou seja, pensamos que, através da realização de sessões entre os significativos dos Residentes, Estes, se exequível, e os profissionais que contactam e trabalham diariamente com os Mesmos, seria possível individualizar e especificar o tipo de cuidado prestado e trabalhar a compreensão dos profissionais relativamente a determinadas atitudes e desejos manifestados ou não manifestados dos Idosos, tendo em consideração que a Família surge como um informador privilegiado relativamente às características dos mais velhos.

Em relação às **atividades implementadas na Instituição**, consideramos que é não só neste ponto mas também nas atividades relacionadas com o seu funcionamento e a implicação dos Residentes que se pode marcar pela diferença. Sabe-se o quão importante é a Estimulação Física e Cognitiva em prol de um Envelhecimento ativo, da manutenção das capacidades cognitivas, e consequentemente, físicas. A este respeito, a OMS salienta a existência de provas científicas que sustentam a importância que a atividade física regular apresenta para a saúde em adultos com idade entre 18 e 64 anos e em adultos mais velhos com idade igual ou superior a 65 anos (Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010). Nos Idosos Institucionalizados, a Estimulação ganha um papel ainda mais fulcral, na medida em que, comumente, o Idoso Institucionalizado deixa de ter diferentes rotinas para programar, problemas aos quais dar solução. Uma vez que o quotidiano está literalmente encadeado, todas as atividades desenvolvidas no espaço Institucional são rigorosamente programadas em horários, fazendo com que uma atividade leve, em tempo predefinido, à que se segue, como reitera Goffman (1961). Na figura que se encontra na página seguinte, de forma simplificada, é possível compreender o encadeamento a que nos referimos:

### Figura nº 2- Atividades do Quotidiano



#### Procedimentos de Rotina 11h00-11h30

- Satisfação de necessidades fisiológicas e realização de pequenas higiens aos Residentes dependentes;
- Os Residentes independentes satisfazem as suas necessidades fisiológicas.

#### Encaminhamento e transporte dos Residentes para a sala de refeições 11h30- 12h00

- Encaminhamento dos Residentes independentes;
- Transporte dos Residentes dependentes.

#### Almoço 12h00-13h30

- Distribuição e administração de medicação;
- Almoço.

#### Período de descanso, lazer e realização de atividades de animação 14h00- 15h30

- Encaminhamento e transporte dos Residentes para as salas de convívio;
- Dormitar e ver televisão;
- Visitas (15h00-18h30);
- Atividades de animação sócio culturais.

#### Procedimentos de Rotina 15h00-15h30

- Satisfação de necessidades fisiológicas e realização de pequenas higiens aos Residentes dependentes;
- Os Residentes independentes satisfazem as suas necessidades fisiológicas.

#### Encaminhamento e transporte dos Residentes para a sala de refeições 15h30-16h00

- Encaminhamento dos Residentes independentes;
- Transporte dos Residentes dependentes.

#### Lanche 16h00-17h00

- Distribuição e administração de medicação;
- Lanche.

#### Período de descanso e lazer 17h00-18h00

- Encaminhamento e transporte dos Residentes para as salas de convívio;
- Dormitar e ver televisão;
- Visitas (15h00-18h30).

#### Procedimentos de Rotina 18h00-18h30

- Satisfação de necessidades fisiológicas e realização de pequenas higiens aos Residentes dependentes;
- Os Residentes independentes satisfazem as suas necessidades fisiológicas.

#### Encaminhamento e transporte dos Residentes para a sala de refeições 18h30-19h00

- Encaminhamento dos Residentes independentes;
- Transporte dos Residentes dependentes.

#### Jantar 19h00-20h00

- Distribuição e administração de medicação;
- Jantar.

#### Período de descanso, lazer e preparação dos Residentes 20h00-22h00

- Encaminhamento e transporte dos Residentes para as salas dos pisos;
- Dormitar e ver televisão;
- Preparação dos Residentes para o período noturno;
- Satisfação de necessidades fisiológicas e realização de higiens parciais.

#### Ceia 22h00-22h30

- Distribuição e administração de medicação;
- Ceia.

#### Descanso noturno 22h30-07h00

- Encaminhamento dos Residentes para os respetivos quartos;
- Verificação dos Residentes e do seu estado.

Não existindo, à partida, grande hipótese de alterar pequenas particularidades no funcionamento de Instituições que se evidenciam, por vezes, acostumadas ao funcionamento habitual e pouco sensibilizado face às condicionantes mais profundas do Envelhecimento e às particularidades e especificidades de cada pessoa, a Estimulação Cognitiva concretizada sob forma de atividades desenvolvidas e implementadas numa Instituição pode ser a janela de oportunidade para promover a capacitação, Estimulação e manutenção dos Idosos contribuindo para processos de Envelhecimento ativos, promoção da autonomia e diminuição da dependência.

Na ERPI em análise, podemos verificar que atividades como exercício físico, serviços religiosos e festas de aniversário ocorrem uma ou mais vezes por semana e contam com aproximadamente 15 residentes e a totalidade dos Mesmos respetivamente; atividades como o bingo, jogos de cartas ou outros e trabalhos manuais ocorrem uma ou duas vezes por mês, contando com cerca de 8 Residentes, dependendo do tipo de trabalho e jogo; Atividades como divertimentos ou espectáculos dentro da residência, filmes, grupos de teatro, canto, dança e festas ocorrem algumas vezes por ano e contam com a grande maioria dos Residentes; Atividades como grupos de discussão, grupos orientação para a vida diária, grupos de ajuda mútua, aulas ou conferências e campanhas de prevenção ocorrem muito raramente ou nunca.

### **3.2.3. O Capital Humano e as Suas Características**

No presente ponto analisamos os profissionais que trabalham em linha direta com os Residentes. É possível constatar que existem quatro enfermeiras, uma médica, uma assistente social que desempenha maioritariamente funções de directora técnica, catorze ADD e uma animadora sócio cultural. Relativamente aos recursos humanos afetos à área da administração e manutenção, trabalham na Instituição uma administrativa, quatro ASG (entre as quais uma está destacada para os serviços de lavandaria), uma nutricionista, uma cozinheira e uma ajudante de cozinha. A maior parte dos recursos humanos anteriormente mencionados trabalham na ERPI por um período dois a oito anos.

Relativamente à formação, Moos e Lemke (1994) sugerem que a capacitação dos recursos humanos pode influenciar o ambiente social de um Instituição e afirmam que, os profissionais mais habilitados têm atitudes mais positivas face às Pessoas mais Velhas, quando comparados com aqueles menos instruídos. Neste sentido, o nível de

formação dos recursos humanos surge como um indicador passível de evidenciar a influência da formação no desenvolvimento do sentimento de coesão, contextos sociais organizados e primazia da independência. Assim, no que diz respeito à formação interna, no ano em que se integrou a ERPI, foram realizadas formações de primeiros socorros e protecção contra incêndios, as quais são renovadas periodicamente. Contudo, no ano em que concluímos a participação na Instituição não houve formações a decorrer, no entanto, a direcção manifesta preocupação nesse sentido e procura capacitar os seus recursos humanos sempre que se verifique alguma necessidade concreta. Em termos de formação profissional e externa, importa salientar que as profissionais que trabalham com os Residentes possuem a formação adequada e exigida por lei nesse sentido. Vejamos no quadro seguinte a referida formação, tendo em atenção a sua sujeição a alterações frequentes:

**Tabela nº 1- Categorias e Formações Profissionais dos Recursos Humanos**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Formação Profissional</b>	<b>Tarefas Atribuídas</b>
Diretora Técnica	Licenciatura em Serviço Social; Curso de Qualidade de Organizações sem Fins Lucrativos.	Gestão da Organização e respectivos recursos humanos; acompanhamento biopsicossocial dos Residentes;
Administrativa	12º ano de escolaridade; Curso de Informática.	Secretaria, contabilidade e informática.
Médico	Licenciatura em Medicina	Acompanhamento Geriátrico dos Residentes; consulta médica; acompanhamento do estado de saúde.
Enfermeiras	Licenciatura em Enfermagem; Curso de formação em Enfermagem Geriátrica e Saúde Comunitária.	Acompanhamento Geriátrico dos Residentes; administração de medicação, tratamento de feridas; acompanhamento do estado de saúde dos Residentes.
Animadora Sócio Cultural	12º ano de escolaridade; Curso de Animação Sócio Cultural.	Realização de atividades Sócio Culturais: exercício físico, celebração de épocas e dias festivos, aniversários, festas, jogos de tabuleiro; Acompanhamento dos Residentes.
AAD	9º ano de escolaridade; Curso de Geriatria.	Acompanhamento dos Residentes em termos das ABVD; gestão de conflitos, trabalho em equipa, relações humanas.
ASG	9º ano de escolaridade; Curso de Geriatria (formação interna)	Limpeza e manutenção dos espaços Institucionais; Acompanhamento dos Residentes; gestão de conflitos, trabalho em equipa, relações humanas.
Cozinheiras	9º ano de escolaridade; Curso de Cozinha	Confeção dos alimentos; trabalho em equipa; relações humanas.

*Fonte: Documentos Institucionais- Elaboração própria*

Como foi anteriormente mencionado, no que concerne às reuniões com os recursos humanos, por norma, estas não se verificam com frequência regular numa perspectiva de continuidade, nem através da utilização de filmes ou conferências de especialistas. Apesar disso, o acompanhamento efectuado pela Diretora Técnica entre turnos pretende assumir o papel e o intuito que as reuniões possivelmente representariam em termos de coordenação do trabalho, transmissão de informações e supervisão. Eventuais reuniões podem ocorrer, aquando da constatação de algum problema relativamente às colaboradoras e ao seu modo de trabalho. Nestas situações, a Direcção está presente e faz questão de relembrar a finalidade e missão da Instituição. Quando necessário, realizam-se reuniões com a equipa de enfermagem e a Direcção devido a questões existentes e relativas aos procedimentos de enfermagem. Na nossa perspectiva, este tipo de reuniões, bem como as formações ao nível das competências pessoais e relacionais, são imprescindíveis na garantia da qualidade dos serviços prestados por este tipo de Instituições. No momento em que terminamos o desempenho de funções na Instituição, foi solicitada, pela direcção, uma avaliação das competências dos recursos humanos face ao cumprimento das suas tarefas, tal como naquilo que é inerente ao relacionamento com os Residentes e colegas de trabalho, revelando assim preocupação nesse sentido. Consideramos que importa atribuir especial atenção e relevância à questão da avaliação, uma vez que esta se afigura como uma ferramenta capaz de alterar os mecanismos sociais que contribuem para a construção de uma determinada problemática com vista à sua superação. Ao mesmo tempo, sendo a avaliação “(...) um processo de reflexão que permite explicar e avaliar os resultados das ações realizadas (...) reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática, a fim de corrigir aqueles no futuro” (Serrano, 2008, p: 81), esta parece-nos imprescindível num contexto social no qual se almeja a mudança, se procura a eficiência e a prossecução da qualidade dos serviços prestados.

Por sua vez, o voluntariado, como o próprio nome indica, refere-se à existência de Pessoas que se voluntariam na Instituição para prestar determinados serviços. Neste momento existe apenas uma voluntária que dedica entre três a quatro horas do seu dia à realização de atividades de manutenção do espaço (efetuar arranjos florais na sala do terço, colocar mesas para as refeições) e de assistência às necessidades dos Residentes (conversar, auxiliar na deslocação para as diferentes zonas da Instituição, acompanhar os Residentes na ida à casa de banho). No que diz respeito à existência de formação e

reuniões com voluntários, estas atualmente não se verificam. Todavia, quando se torna indispensável efectuar alguma chamada de atenção com o objetivo de aprimorar alguma questão, a Diretora Técnica assume o controlo da situação, objectivando a qualidade do serviço. Ainda no que diz respeito à decorrência das formações, pensamos ser importante reflectir um pouco relativamente à etiologia das mesmas. Tendo em consideração as atividades realizadas pela voluntária, consideramos que, num primeiro momento, poderia ser realizada uma sessão de informação com vista à transmissão de conhecimentos face à missão, finalidade, objetivos, normas da Instituição e às características e especificidades dos Residentes, para que a voluntária orientasse os seus princípios de ação almejando um fim específico e conhecesse antecipadamente algumas particularidades dos recetores de serviços da Instituição. Secundariamente, poderia ser realizada uma sessão onde fossem estabelecidas as atividades a realizar pela voluntária, bem como os objetivos a atingir e, por conseguinte, indicadores que permitissem perceber se os resultados alcançados foram positivos ou negativos. Num terceiro momento, consideramos importante uma formação concreta a respeito do processo de Envelhecimento, adequando-a às problemáticas encontradas no contexto Institucional. Formações relativamente aos cuidados de higiene, segurança, transporte e transferências seriam, também, muito pertinentes e de elevada importância, visto que a voluntária desempenha tarefas relacionadas com o cuidado e a assistência aos Residentes. Por outro lado, pensamos que seria de igual modo importante incluir a voluntária nas festas e celebrações que ocorrem na Instituição, para que a criação de laços entre esta e os Residentes seja privilegiada, paralelamente, noutros momentos que não implicam única e exclusivamente o cuidar.

Avaliando os profissionais, no que concerne à qualidade da sua interação com os Residentes, esta acontece de diversas formas consoante a pessoa que interage com os Mesmos. Algumas AAD, ASG e membros da equipa de enfermagem interagem com os Residentes de forma calorosa. Outras, estabelecem os seus contactos com base nas suas obrigações profissionais, sendo, no entanto, um contacto personalizado e informal. Ao mesmo tempo, algumas das colaboradoras que trabalham em linha direta com os Residentes estabelecem um contacto formal, sendo por vezes evidente uma atitude de superioridade. O contacto físico entre os Residentes e alguns profissionais em determinadas situações pode ser visto como agradável, uma vez que se pode observar a existência de um contacto prolongado como por exemplo um abraço. Pode, também, ser

adjectivado como moderado, na medida em que algumas funcionárias auxiliam os Residentes na deslocação para os diversos espaços, podendo eventualmente segurar as mãos Destes durante alguma conversa. Pode, ainda, ser caracterizado como pouco ou nenhum contacto, em situações nas quais as funcionárias apenas contactam com o Residente no decorrer das suas funções com o objetivo de as cumprir. No seguimento do contacto estabelecido entre os Residentes e as AAD, consideramos pertinente explorar a importância da relação de entreajuda estabelecida. Assim, os Autores Oliveira, Queiros e Guerra (2007) estudam esta questão, partindo do ato de cuidar enquanto característica naturalmente presente na genética dos Indivíduos, para analisar a relação estabelecida entre o cuidador formal ou informal e a Pessoa cuidada. Neste sentido, afirmam que, ao analisar o papel do cuidador “(...) é quase impossível destrinchá-lo daquele que é o alvo do cuidado. Os dois elementos desta relação interagem e inter-influenciam-se entre si, sendo ainda influenciados por sistemas mais abrangentes. Isto é, os referenciais, as significações e os sub-sistemas responsáveis por estas significações vão criar uma série de conexões, condicionantes e momentos (...)” (Oliveira, Queiros & Guerra, 2007, p:189-190). Através desta informação conseguimos perceber que tanto a postura das AAD como dos Residentes se influencia entre si e ao meio envolvente e, assim sendo, podemos retornar à questão da capacitação dos primeiros em função das patologias dos segundos, e, ainda, conceber o contexto Institucional e os respectivos mecanismos como capazes de produzir consequências nos atores anteriormente nomeados. Relativamente a esta conceção, Fisher evidencia também que, “(...) todo o comportamento é de algum modo moldado pelo quadro espacial em que se manifesta (...)” (1994, p:73). No seguimento desta ideia, os Autores constataam que, a constância dos mundos do cuidador e do doente está sujeita, em larga escala, aos vínculos que criam com o meio envolvente e os diferentes mecanismos que o constituem. Ressalvam ainda que, “(...) o carácter flexível destas conexões permite que quer o cuidador, quer o doente vão desconstruindo e reconstruindo a realidade da doença, compondo simultaneamente sistemas e configurações macroscópicas paralelas, cada vez mais complexas e auto-organizadas” (Oliveira, Queiros & Guerra, 2007, p:195). Desta forma, enfatizando a influência que os laços estabelecidos entre os cuidadores e os cuidados possuem, atrevemo-nos a considerar que o estabelecimento de uma relação de ajuda mútua acarreta consequências positivas no momento do cuidar. Por este motivo, pensamos que se devem perspetivar formas de aprimorar e aprofundar a relação estabelecida entre os dois grupos de Indivíduos referidos, não só no momento

efectivo do cuidar mas, para além deste, através de atividades de lazer e conhecimento mútuo.

Tal como foi mencionado anteriormente, o estabelecimento de contacto entre os Idosos e as Colaboradoras e a qualidade deste dependem das profissionais, Residentes, local onde está a ser prestado o cuidado e, ainda, de quem está presente nesse mesmo local. Após entrarem para a Instituição, os Residentes considerados mais alerta, por vezes manifestam-se não tão positivamente face ao relacionamento com determinadas AAD e ASG. Verificam-se, esporadicamente, alguns momentos de inadaptação legítimos, devido ao estabelecimento de comparações com o tratamento que outrora recebiam em casa, ou em relação à alimentação que é servida. A Directora Técnica trabalha no sentido de colmatar o desconforto dos Residentes e procura assegurar o seu bem-estar, contudo, por vezes orientada pela visão insuficiente das AAD e das ASG, poderá realizar algumas escolhas que face às patologias existentes não se perspectivam como as mais indicadas. Porém, errar é humano, e o fundamental é identificar as questões que podem ser melhoradas. É no sentido de elevar ao máximo as potencialidades de uma Instituição e a qualidade dos serviços prestados que consideramos essencial a existência de formações em termos teóricos mas também práticos, acerca do processo de Envelhecimento, importância da Estimulação Cognitiva, bem como das competências pessoais e relacionais nas estruturas que prestam serviços à população Idosa e trabalham com as diferentes patologias associadas à mesma. Perante isto, pode considerar-se que o grau de atração geral da Instituição é elevado, na medida em que o efeito geral é agradável. Mas, se secundariamente analisarmos com atenção e fizermos parte do seu quotidiano percebemos que, tal como acontece na generalidade dos serviços que prestam apoio a terceiros, existem alguns aspetos que podem ser ainda mais aprimorados, nomeadamente no que concerne a valores como a humanidade, recetividade, respeito, tato, privacidade, poder de escolha e de decisão, utilidade, questões fundamentais ao bem-estar e qualidade de vida dos Residentes. Queremos com isto dizer que, com base nas ideologias que temos vindo a evidenciar, se apostarmos na formação, na capacitação em termos de competências pessoais, relacionais e profissionais, bem como em novas metodologias de intervenção e modelos de Envelhecimento como constatamos na proposta da OMS (2002, 2015) e, ainda, na Estimulação como base para a criação de rotinas e atividades que motivem e façam do Idoso e personagem principal, os aspetos enunciados anteriormente podem ser superados.

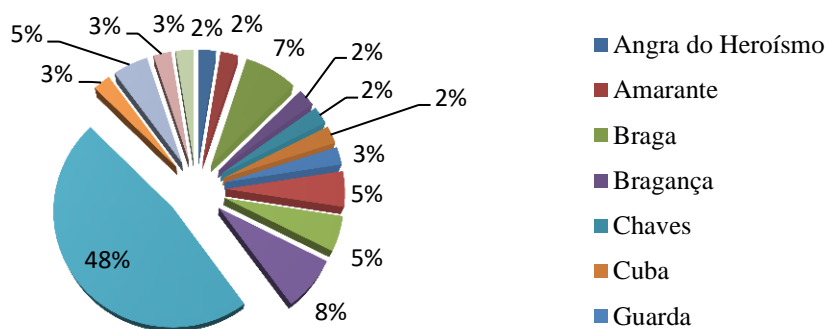
Em termos de organização, a ERPI em análise, em alguns aspectos, é suficientemente organizada de tal maneira que as necessidades básicas dos residentes são satisfeitas, apesar dos Mesmos terem de esperar algum tempo para que sejam colmatadas. No que diz respeito à disponibilidade dos profissionais para com os Residentes, esta nem sempre se verifica na totalidade. Maioritariamente, os Residentes ou os seus significativos procuram as AAD quando necessitam de algo, no entanto, assumem possuir alguma dificuldade, por vezes, em localizar as mesmas, acabando por ficar desagradados com o tempo de espera a que são sujeitos. Habitualmente, tendo em consideração que a Instituição procura dar resposta de forma abrangente a todas as necessidades, este tipo de situações ocorrem devido à adequação de profissionais face às exigentes patologias, que, apesar de em consonância com o que estipula a legislação, nem sempre se manifesta de forma tão ágil e célere como os familiares gostariam. Esta questão é compreensível para quem tem conhecimento do funcionamento Institucional e das carências que têm de ser supridas, mas não para os familiares que apenas e com toda a legitimidade procuram ver satisfeitas as necessidades dos seus significativos. Pelo nosso prisma, neste tipo de instituições, poderia existir um sistema de formação interno mais frequente, acompanhamento, orientação, supervisão e avaliação não só das colaboradoras mas também de quem gere as mesmas, para que este tipo de situações fossem compreendidas e orientadas com mais eficiência, contribuindo para que a qualidade da Instituição fosse ainda mais elevada. Para além do que foi abordado anteriormente, importa ainda falar dos conflitos que ocorrem entre as funcionárias, os quais, por vezes, são significativos. O ambiente envolvente é também um fator muito importante no bem-estar e qualidade de vida dos Idosos. Desta forma, quando o mesmo é perturbado com eventuais discussões, os Residentes sentem-se desorientados. Neste sentido, a política Institucional é rigorosa e incide pedagogicamente neste tipo de comportamentos visando a eliminação dos mesmos.

### **3.3. O Diagnóstico Psicossocial**

O diagnóstico psicossocial permite-nos analisar e compreender os diversos mecanismos sociais que influenciam a vida do Indivíduo. Através deste, procura-se identificar as questões que se afiguram como problemáticas, bem como a sua etiologia, com vista à superação das mesmas, evitando o condicionamento do Indivíduo. Neste

sentido, iniciamos a nossa breve análise ao grupo de Idosos residente na Instituição que nos propusemos a analisar ao longo de todo o trabalho. A amostra em estudo é constituída por 40 Residentes, ou seja, o número total de Pessoas que habitavam na Instituição à data da recolha de informação. As variáveis em análise, tendo em consideração o nosso interesse pelos dados demográficos, sociais e funcionais, prendem-se com a origem dos Residentes, género, respetiva idade, estado civil, habilitações literárias, profissões que outrora desempenharam, motivo de ingresso e tempo de permanência da ERPI, gostos pessoais, laços familiares e a existência de patologias do foro cognitivo.

**Gráfico n°1 – A Origem dos Residentes**

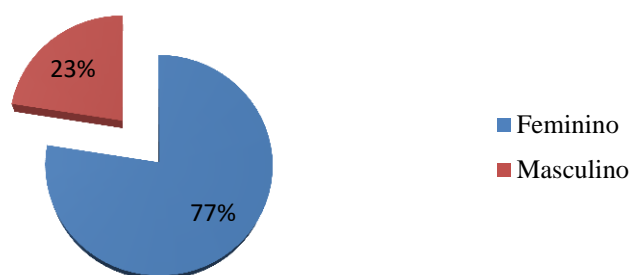


*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

Iniciando a nossa análise em função da naturalidade dos Residentes, conseguimos perceber que a maioria (52%) não é natural da Cidade do Porto. Ainda que esta percentagem não evidencie uma predominância significativa comparativamente aos Residentes cuja origem é a cidade do porto, em termos emocionais e de adaptação, poderá acarretar resultados menos positivos, visto que, como refere Guedes “(...) pressupõe-se uma maior dificuldade de adaptação, uma vez que se trata de um novo local de residência com o qual não têm afinidades, nem mantêm relações familiares ou de amizade”(2012, p:70). Também Pais (2006) evidencia que a inserção de idosos em lares representa, habitualmente, a quebra de laços conviviais que eram outrora mantidos com os familiares, amigos e vizinhos e, ao mesmo tempo, a inserção e adaptação num contexto que lhes é estranho. O Autor salienta que esta retirada e afastamento de referentes espaciais conhecidos e de antigas redes de sociabilidade conduzem, posteriormente ao ingresso em lar, a uma desvinculação social. Assim, verificamos que

19 (48%) dos 40 Residentes são naturais da Cidade do Porto e, portanto, a sua integração na ERPI em análise, em termos de referentes geográficos e espaciais, embora seja relevante devido à quebra com o social, poderá não assumir a mesma importância que se constata para os 21 (52%) Residentes que se dividem pelas restantes cidades expostas no gráfico e que se deslocaram das suas origens para integrar a resposta social. Estatisticamente, os dados recolhidos seguem a tendência, dado que, tal como é possível verificar na CARTA SOCIAL- REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS (2015), o equipamento em estudo “(...) apresentava um raio de abrangência mais alargado, sendo que cerca de 59 % dos utentes não eram originários do concelho de implantação do equipamento. A proximidade da família, ou até mesmo a urgência na entrada na resposta, poderão constituir algumas das explicações para esta situação” (GEP & MTSSS, 2015). Para concluir, pensamos que é importante salientar que, “(...) o aumento do número de pessoas idosas, modificação quer do seu estatuto quer da natureza das famílias e redes sociais, tendem a ter um impacto importante no sentimento de solidão. De facto, com a mobilidade característica da população ativa, a pessoa idosa tem menos probabilidade de viver dentro de uma grande família e mais probabilidade de viver cada vez mais afastada dos familiares” (Carvalho, 2011, p:59).

### Gráfico nº2 – Número de Residentes por Género



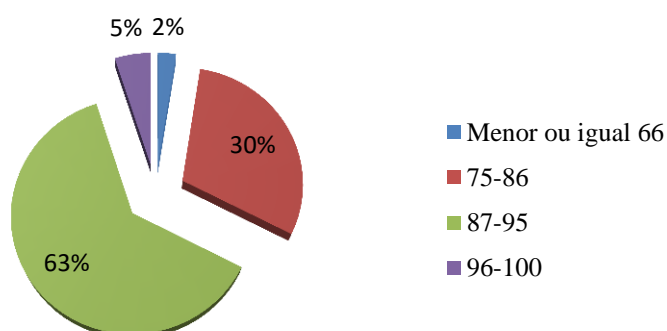
*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

No que concerne à predominância em termos de género, analisando o gráfico, constatamos que existe uma supremacia do género feminino 31 (77%) sobre o género masculino 9 (23%). Mais uma vez, inferimos que os dados recolhidos na nossa unidade real de análise estão de acordo com as informações verificadas a nível nacional, tendo

em consideração que a representação das Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é de 21,3% e 16,8% para o género feminino e masculino respectivamente (INE, 2011).

A prevalência da diferença constatada entre os géneros deve-se, primeiramente, à existência de um maior número de Indivíduos do género feminino (5.515.578) comparativamente ao masculino (5.046.600) (PORDATA, 2011) e, paralelamente, devido à maior longevidade feminina. Neste sentido, importa cada vez mais diferenciar os serviços fornecidos e ter em conta o género aquando da análise do processo de Envelhecimento, como enfatizam Paúl e Ribeiro (2012, p:232) “(...) envelhecer enquanto homem ou mulher sabe-se hoje determinar (e ser ocasionado por) processos distintos de adaptação e desenvolvimento, pelo que o reconhecimento do modo como se vivem expectativas, identidades, relações, processos de transição e adaptação, estados de saúde e doença numa perspetiva de género assume-se fundamental”.

### Gráfico nº3 – Idade dos Residentes

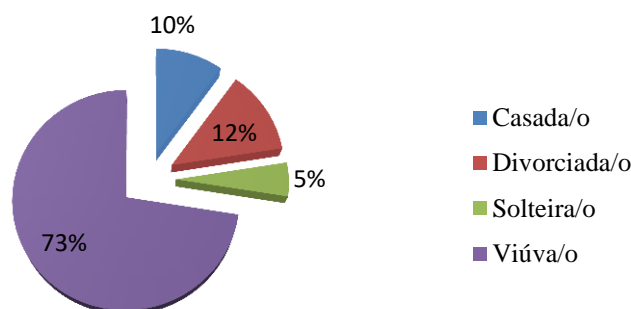


*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

Relativamente à idade dos Residentes, analisando os dados obtidos, percebemos que existe 1 (2%) Residente cuja idade é igual a 66 anos, 12 (30%) Residentes cuja idade prevalece na casa dos 75 aos 86 anos, 25 (63%) Residentes possuem uma idade compreendida entre os 87 e os 95 anos e, finalmente, 2 (5%) dos Residentes apresentam idades estabelecidas entre os 96 e os 100 anos. Inferimos deste modo que, a idade mínima pauta-se pelos 66 anos e a máxima pelos 100. A este respeito, em termos estatísticos, pudemos inferir que o grupo populacional servido pela resposta ERPI é maioritariamente constituído por idosos com 75 (84 %) ou mais anos, sendo que os utilizadores com idade igual ou superior a 95 anos representavam 5 % (GEP & MTSSS,

2015). Deste modo, consideramos que existe um seguimento do movimento nacional, ao comparar os dados da CARTA SOCIAL com aqueles obtidos na Instituição.

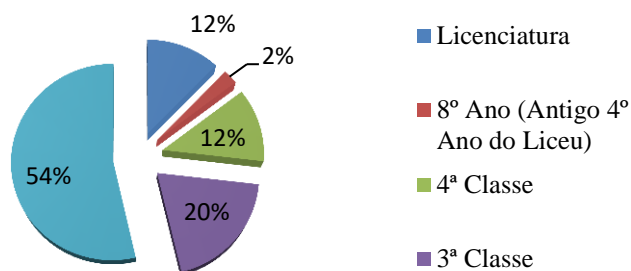
#### Gráfico nº4 – Estado Civil dos Residentes



*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

A variável estado civil é passível de apresentar um grande peso na questão das sociabilidades, bem como na predisposição para o isolamento e sentimento de solidão. Ao analisar a mesma concluímos que, 4 (10%) dos 40 Residentes em estudo permanecem casados, 5 (12%) são divorciados, 2 (5%) são solteiros e os restantes 29 (73%) são viúvos. Como podemos verificar, o estado de viuvez está presente na esmagadora maioria dos Residentes, tal como verifica Guedes (2012). Não raras são as vezes em que, tomados pela tristeza e sentimento de solidão, os Residentes revivem e contam, com nostalgia, as histórias dos seus amores passados e enfatizam a falta que estes lhes fazem. Deste modo, também a viuvez é um estado que contribui incessantemente para as situações de solidão e isolamento social, uma vez que, “(...) a perda da pessoa com quem um dia decidimos partilhar toda uma vida constitui um golpe bem rude nos sentimentos, emoções e expectativas que devotámos ao sentido real da nossa existência: o amor” (Rebelo, 2009, p:11).

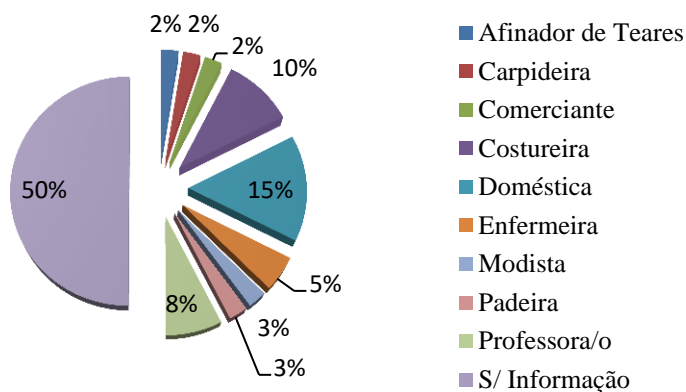
### Gráfico nº5 – Habilitações Literárias dos Residentes



*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

No que diz respeito ao nível de formação dos Residentes, dada a pouca quantidade de informação que conseguimos recolher devido a falhas nos processos individuais dos Residentes, pudemos constatar que 5 (12%) Idosos possuem licenciatura tendo por isso tido acesso ao ensino superior. 1 (2%) Residente estudou até ao 8º ano (antigo 4º ano do liceu), 5 (13%) possuem a 4ª classe, 8 (20%) apenas tiveram a possibilidade de estudar até à 3ª classe e, em relação aos restantes 21 (54%), não existe qualquer informação. No entanto, através do diálogo estabelecido com os diversos Residentes, pudemos por várias vezes inferir que as possibilidades de acesso à formação não são sequer equiparáveis às que existem atualmente, devido, essencialmente, às diminuídas disponibilidades socioeconómicas. As habilitações literárias podem, também, constituir um fator determinante face à integração social, solidão e isolamento social, visto que, muitas vezes a pessoa Idosa tende a sentir-se diminuída no que diz respeito às suas capacidades intelectuais, minimizando-se quando comparada a Indivíduos mais instruídos.

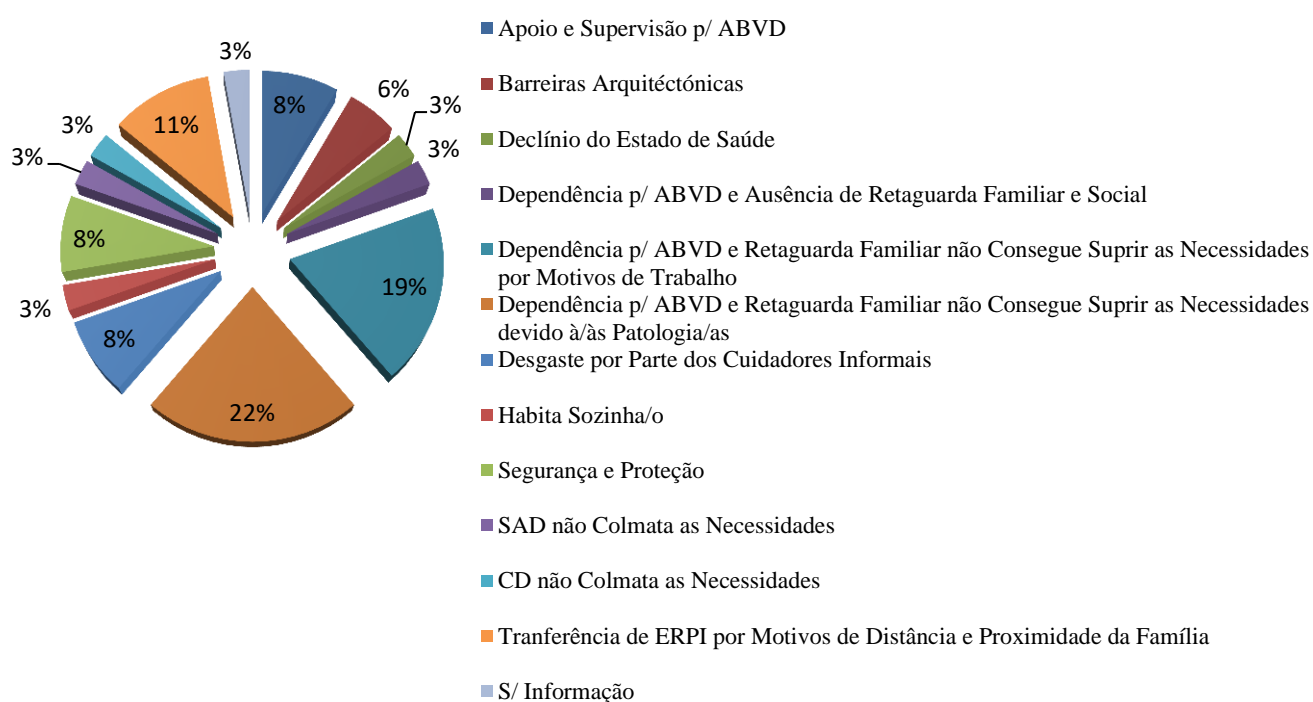
### Gráfico nº6 – Profissões dos Residentes



*Fonte: Diálogos com Residentes e Significativos*

No que às profissões desempenhadas pelos Residentes diz respeito, infelizmente, nos processos individuais dos Residentes não foi possível recolher informações a este nível, pelo facto de estas não estarem preenchidas. Contudo, ao longo do tempo, através das relações estabelecidas com os Residentes e respectivos familiares, conseguimos obter algumas informações nesse sentido. Deste modo, pudemos inferir que 1 (2%) Residente era afinador de teares, 1 (2%) era carpideira, 1 (2%) era comerciante, 4 (10%) Residentes foram costureiras, 6 (15%) apresentavam-se como domésticas face à condição perante o trabalho, 2 (5%) foram enfermeiras, 1 (3%) Residente foi modista, 1 (3%) Residente ocupava a profissão de padeira e 3 (8%) Residentes foram professor/as. Relativamente aos restantes 20 (50%) Residentes não houve possibilidade de conhecer este aspeto social das suas vidas. Tal como constata Guedes (2012), sendo a maioria das profissões encontradas consideradas pouco qualificadas e consequentemente mal remuneradas, a reforma dos Residentes, excetuando alguns casos, acaba por assentar em valores baixos que não suportam todas as despesas que Estes têm ao seu encargo. Assim, verificamos que, na maioria das vezes, mesmo no que à mensalidade da ERPI concerne, os rendimentos substitutivos do trabalho dos Idosos nem sempre são suficientes para liquidar o valor a pagar, o que leva a que os seus descendentes tenham que contribuir financeiramente para essa prestação.

**Gráfico n°7 – Motivos de Ingresso na ERPI**

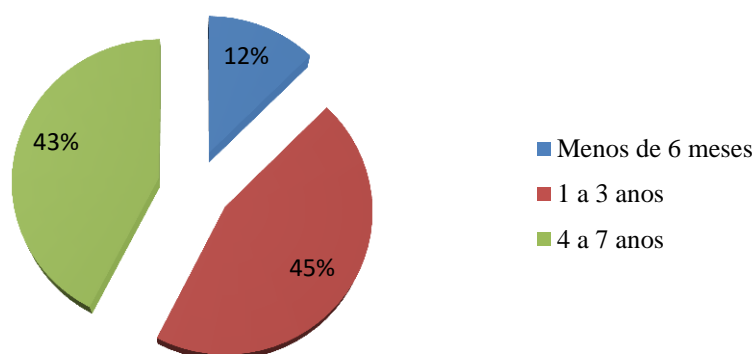


*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

Em relação aos motivos de ingresso na ERPI em estudo, com as informações recolhidas, podemos inferir que existe alguma diversidade nas razões que levam à Institucionalização dos mais velhos, no entanto, estas são, também, elencadas pela literatura como as principais situações que precipitam o processo de Institucionalização. Assim, constatamos que 3 (8%) Residentes integraram a resposta social em análise devido à necessidade de apoio e supervisão face às ABVD. 2 (6%) Residentes foram Institucionalizados devido às barreiras arquitectónicas que as suas habitações detinham, constituindo um risco elevado de queda e por conseguinte um declínio do estado geral de saúde. 1 (3%) Residente foi integrado neste equipamento social por motivo relacionado com uma diminuição do seu estado de saúde, inspirando mais cuidados nesse sentido. 1 (3%) Residente ingressou na Instituição pelo facto de depender de apoio para a realização das ABVD e, ao mesmo tempo, não possuir retaguarda social e familiar que pudesse colmatar as necessidades sentidas. 7 (19%) Residentes enveredaram pela resposta social ERPI por questões de dependência para a realização das ABVD e, em paralelo, devido à insuficiência da retaguarda familiar para suprir as suas necessidades devido às exigências profissionais. 8 (22%) Residentes foram Institucionalizados devido à dependência para a realização das ABVD e, em simultâneo, pelo facto de a retaguarda familiar não se afigurar como suficiente e capaz para assegurar as manifestações das suas patologias. 3 (8%) Residentes estão Institucionalizados por desgaste dos seus cuidadores informais, sendo estes últimos maioritariamente, os seus descendentes. 1(3%) Residente integrou a resposta social em estudo por habitar sozinho, 3 (8%) por motivos de maior segurança e protecção, comparativamente às respectivas habitações e por saberem que numa Instituição deste calibre estas questões estariam asseguradas. 1 (3%) Residente foi inserido na ERPI, uma vez que o SAD não colmatava as suas necessidades, não existindo mais possibilidades para manter a pessoa Idosa na habitação. Do mesmo modo, 1 (3%) Residente integrou a ERPI pelo facto de a resposta em que se encontrava (CD) não suprir as suas carências, 4 (11%) Residentes foram transferidos de outras ERPI para poderem estar mais próximos dos seus significativos, denotando-se uma preocupação nesse sentido e, por fim, encontramos 1 (3%) Residente sem informação. Confirmamos a diversidade e, muitas vezes, a existência de não apenas um mas a conjugação de vários motivos que conduzem à Institucionalização dos mais velhos. A este respeito, Pimentel salienta que “(...) ao nível das imagens socialmente construídas acerca desta realidade, a dependência física surge como o principal motivo de internamento, ao nível dos

estudos efectuados nesta área conclui-se que outros factores contribuíram de forma mais acentuada para a necessidade de recorrer a esta valência institucional (...) a solidão, o isolamento, a precariedade de condições económicas e habitacionais e a ausência de redes de solidariedade que forneçam um suporte em situações de carência (...) existe, normalmente, uma conjugação de diversos factores que potenciam um eventual recurso ao Lar” (2001, p:206).

### Gráfico nº8 – Tempo de Permanência na ERPI

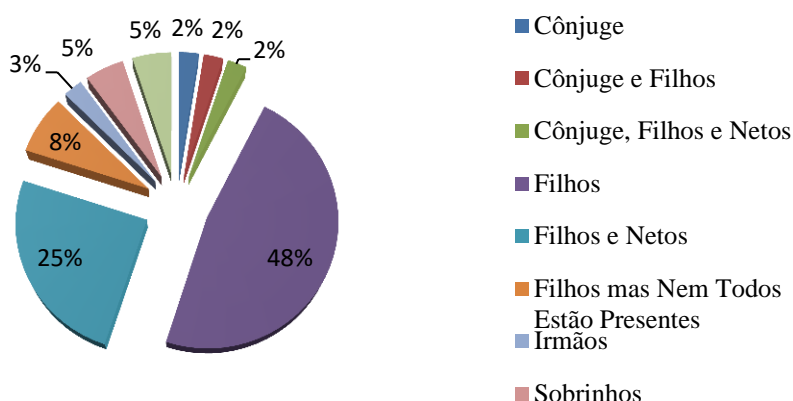


*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

Relativamente ao tempo de permanência na resposta social, pudemos verificar que 5 (12%) Residentes estão na Instituição por um período inferior a seis meses, 18 (45%) residem na ERPI no espaço de tempo compreendido entre 1 a 3 anos e, finalmente, 17 (43%) Idosos estão a viver na resposta em análise por um período de tempo situado entre 4 a 7 anos. Confirmamos que os dados que obtivemos começam a seguir a tendência, em termos estatísticos, uma vez que, como podemos ver através da CARTA SOCIAL “(...) a maioria dos utentes das respostas sociais para pessoas idosas permanece na resposta até 5 anos, realidade que se estende a todas as respostas. O ingresso nas respostas em idades já avançadas poderá constituir uma das variáveis explicativas desta situação. Ainda assim, é de assinalar que cerca de 10 % dos utentes em ERPI apresentava, em 2015, uma estadia igual ou superior a 10 anos” (GEP & MTSSS, 2015).

Procuramos, posteriormente, através dos processos individuais dos Residentes, analisar e recolher informações relativas aos seus gostos pessoais. Contudo, mais uma vez, tal não foi exequível devido à ausência destas. Não obstante a carência verificada a respeito do aspeto anteriormente mencionado, com a observação direta e participante, convívio, diálogos e acompanhamento dos Idosos no quotidiano, foi-nos possível captar alguns dos seus gostos. Percebemos que as manifestações neste sentido ocorrem, sobretudo, em relação a questões como a alimentação, mas, também, devido à roupa que é seleccionada para os Residentes, bem como aos novos companheiros de quarto e de mesa à hora das refeições. Relativamente à alimentação, pudemos compreender que certos alimentos não são elogiados pelos Residentes e que, são ingeridos apenas se não existir outra alternativa. Alimentos como, massa esparguete, puré de batata, carne de porco, carne no geral, leguminosas, moluscos e sandes não são apreciados por alguns. A comida ensossa e difícil de triturar com os dentes, como seria de esperar, é, em simultâneo, motivo de alguns protestos durante e após a hora da refeição. As situações relacionadas com a roupa prendem-se, essencialmente, com a escolha de determinadas peças que os Residentes não gostam, nomeadamente camisolas interiores visíveis e peças de roupa de cor viva. Estas últimas acontecem maioritariamente com Residentes do género feminino que ainda se sentem de luto pelos seus entes queridos. Por norma, esta é uma situação que se tenta respeitar, no entanto, por vezes, e devido ao facto de as AAD escolherem a roupa que cada pessoa veste, nem sempre se coaduna com o gosto e necessidades emocionais de cada Indivíduo. Já no que concerne às situações relacionadas com os companheiros de quarto e de mesa atribuídos, alguns Residentes, após conviverem algumas horas entre si apresentam determinadas reclamações relativamente ao barulho que um dos Idosos faz quando estão no quarto, ao facto de manter a televisão ligada quando a outra pessoa deseja descansar, ao tempo de utilização da casa de banho privada e, ainda, aos modos como alguns Residentes, inadvertidamente, comem à hora da refeição. Todas estas questões são passíveis de acontecer quando se vive num grupo e se partilha o mesmo contexto e espaços diária e frequentemente. Apesar do referido, pensamos que, certas situações poderão ser minoradas e colmatadas se prestarmos um pouco mais de atenção às especificidades de cada um e às regras de funcionamento Institucional.

### Gráfico nº9 – Redes e Relações de Suporte



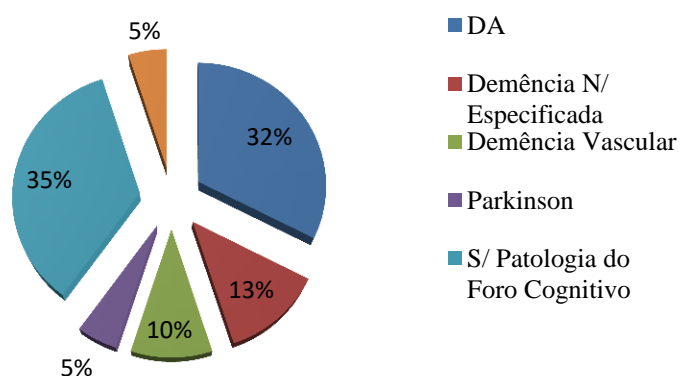
*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

No que concerne aos laços familiares e sociais, apesar de encontrarmos informação relativamente a esta variável nos processos individuais dos Residentes, esta não se constatou como substancial, uma vez que se baseava apenas na existência de descendentes ou de alguns familiares de suporte. Deste modo, não tendo sido possível aferir e compreender a essência das redes e laços familiares diversos enquanto eventuais constituintes de retaguardas familiares e sociais, verificamos que 1 (2%) Residente possui como retaguarda familiar o respectivo cônjuge, 1 (2%) tem como apoio familiar o seu cônjuge e filhos e, ainda, 1 (2%) Idoso apresenta como rede de apoio familiar o seu cônjuge, filhos e netos. Por sua vez, 19 (48%) Residentes detêm como retaguarda familiar, única e exclusivamente, os seus descendentes, 10 (25%) os seus descendentes diretos e os netos, 3 (8%) possuem como rede de suporte os seus filhos, mas nem todos estão presentes, 1 (3%) apresenta como apoio familiar o respectivo irmão, 2 (5%) possuem como rede de suporte os sobrinhos e, por fim, 2 (5%) Idosos não possuem qualquer retaguarda familiar e social. Perante a informação explanada, tendo em consideração a importância que a rede familiar possui enquanto detentora das funções de suporte e apoio emocional, podemos inferir que certos Residentes evidenciam alguma carência neste sentido. No seguimento do que foi salientado, Carvalho reitera que “(...) a importância do papel da família é inegável e todos os cenários demográficos apontam para um aumento substancial da população Idosa nas próximas décadas. A maior longevidade vai ser acompanhada também pelo aumento da incapacidade sobretudo nas idades mais avançadas (<75 anos), requerendo, por isso, maior necessidade de apoio, quer por parte da família quer dos serviços sociais e de saúde” (2013, p:107).

Ao analisar os processos individuais dos Residentes com vista à recolha de dados relativamente ao estado funcional e, mais propriamente, à independência e autonomia verificada nos Mesmos ou à ausência destas, constatamos que, não só por via dos processos, mas, ao mesmo tempo, através da observação direta e participante, do acompanhamento dos Idosos no seu contexto e durante a realização de ABVD e AIVD, existe um grande número de Indivíduos fisicamente dependentes ao ponto de necessitarem de apoio e, com frequência, de ajuda total para a realização das ABVD. Tendo em consideração os dados obtidos, podemos afirmar que quase 80% do grupo populacional em estudo depende fisicamente de terceiros para realizar as referidas atividades. Consideramos que, contudo, é necessário estabelecer uma diferenciação entre aquilo que é a dependência e a ausência de autonomia e, ter em consideração os diferentes graus pelos quais se pautam, sabendo que cada processo de Envelhecimento é único. Na nossa unidade real de análise, se por um lado existem Residentes fisicamente dependentes de terceiros, tal não significa que Estes não possam ser autónomos. Ou seja, perspetivamos a independência enquanto a capacidade para realizar as ABVD e as AIVD, e a autonomia como a capacidade para pensar e discernir em relação a estas e a tudo o que é inerente à vida do Idoso, como refere Carvalho “(...) significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma interdependente, num contexto sociopolítico-cultural e como como sujeito social e político, com expressão da sua voz e respeito por ela” (2013, p:36). Neste sentido, podemos constatar que, tal como existem Residentes com autonomia mas dependentes em termos físicos, também existem Outros que, devido à existência de patologias do foro cognitivo, não possuem a primeira, mas, no entanto, podem permanecer independentes face ao apoio para a realização das atividades e dependentes de supervisão das cuidadoras formais para assegurar o seu correto cumprimento. Queremos com isto dizer que, verificamos um elevado comprometimento em termos físicos e cognitivos, separadamente, em alguns Residentes, e, por vezes, encontramos a prevalência de ambos, o que cria situações mais complexas às quais devem ser dadas respostas especializadas. Por outro lado, mas em menor número, existem Idosos que apenas necessitam de pequenos apoios e supervisão no que às ABVD e AIVD diz respeito. Com uma percentagem ainda menor, podemos encontrar Residentes perfeitamente independentes e autónomos. Deste modo, a tendência de elevados graus de dependência na resposta ERPI é passível de ser comprovada e constatada a nível nacional, uma vez que, após consultarmos a CARTA SOCIAL

conseguimos perceber que“(…) a idade dos utentes, assim como o nível de incapacidade influenciam em grande parte o grau de dependência nas diferentes respostas dirigidas à população Idosa. Neste sentido, em 2015, enquanto 52 % dos utentes em Centro de Dia dispunha de autonomia, 62 % dos utentes em SAD apresenta-va algum grau de dependência, valor que sobe para os 80 % em ERPI” (GEP & MTSSS, 2015).

### Gráfico nº10 – Patologias do Foro Cognitivo



*Fonte: Processos Individuais dos Residentes*

Em relação às patologias do foro cognitivo, como se pode inferir analisando o gráfico anterior, verificamos a supremacia da DA em 13 (32%) Residentes, tal como evidencia a literatura: “(…) a Demência de Alzheimer representa 60% a 70% dos casos de Demência” (Caldas e Mendonça, 2012, p:11).

Podemos constatar a prevalência de outras demências em 9 (23%) Residentes, as quais, podendo não se manifestar de forma tão incidente comparativamente à anteriormente referida, continuam a afetar emocional e funcionalmente a realização das ABVD e AIVD e o bem-estar dos Indivíduos, bem como dos seus significativos. Encontramos ainda 2 Idosos (5%) que possuem Parkinson, mas que, no entanto, em termos cognitivos não apresentam comprometimento. Apesar da ausência de comprometimento cognitivo, sendo a depressão e o comprometimento físico duas das características que constituem a patologia em questão, o estado emocional dos Residentes é muitas vezes marcado por humores depressivos e, em paralelo, verifica-se dependência em termos físicos.

Por outro lado, existem 14 (35%) Residentes sem patologias do foro cognitivo e que, na nossa perspetiva, devem ser estimulados com vista à manutenção do seu estado de

saúde e processos de Envelhecimento saudáveis e ativos. A Estimulação Cognitiva, dependendo das patologias, respetivos estágios e níveis de manifestação, é, ao mesmo tempo, passível de ser aplicada objetivando a conservação das competências que ainda permanecem intactas, como veremos posteriormente.

Para além das morbidades associadas ao foro cognitivo, é ainda de salientar a existência de diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica, dislipidemia, e esquizofrenia controlada. Estas patologias, à semelhança do que acontece com aquelas referentes à cognição, comprometem em grande parte o bem-estar dos Residentes pois acabam por provocar um declínio no estado de saúde em geral, principalmente, devido ao facto de estas existirem, com frequência, em conjunto num mesmo Indivíduo. Não obstante os esforços dos profissionais da Instituição relativamente à diminuição e eliminação dos factores que contribuem para o aumento deste tipo de patologias, importa salientar que, muitos dos problemas de saúde constatados nos Residentes em análise, devem-se, também, ao estilo de vida que Estes adotaram enquanto adultos e às escolhas e percursos seleccionados. Daqui advém a importância da prevenção, da educação para a saúde e da promoção de processos de Envelhecimento ativos que preconizem estilos de vida saudáveis e a eliminação dos factores que contribuem para a mortalidade, dependência e falta de autonomia dos Indivíduos.

Com a **avaliação dos Residentes** é possível perceber que, a grande maioria aparenta estar bem aseada e vestida. Verifica-se que é feito um esforço no sentido de superar eventuais situações menos positivas que possam surgir, através de supervisão e correção. Convivendo diariamente com as equipas de AAD, entende-se que, devido ao receio de queixas por parte de Familiares considerados mais reivindicativos pelas mesmas, bem como no âmbito da prossecução dos objetivos da Instituição, existe um cuidado especial com o aspeto dos Residentes. Da mesma forma, a questão da orientação e da consciência dos Residentes é um fator preponderante e que dita por vezes o tipo de tratamento que o Residente recebe, tal como constata Gubrium (1975). Neste sentido, consideramos pertinente realizar uma pequena abordagem à questão da Identidade, focando-nos sobretudo na influência que a percepção de uma auto imagem negativa poderá acarretar para o Indivíduo. Deste modo, importa primeiramente identificar e definir este conceito: “a identidade descreve o modo como nos vemos

através dos outros e como imaginamos ser por eles vistos, numa espécie de jogos de espelhos” (Viegas & Gomes, 2007, p:11). Para Guedes (2012, p:49) sendo empregue como “um conceito que define um estado da pessoa ou do grupo na explicação de comportamentos individuais e colectivos”, a identidade está intimamente relacionada com as noções de estabilidade, permanência, totalidade e singularização.

Assim, como referimos inicialmente, o corpo e a imagem do Indivíduo ganham especial relevo se considerarmos que esta última, em contextos Institucionais pode ser determinada por terceiros.

Viegas e Gomes (2007), na sua obra, onde procuram compreender a identidade na velhice, realizam, num determinado momento, uma análise às “identidades espelhadas” sustentando-se em casos concretos e particularidades das Pessoas com quem conversam. Num dos exemplos evidenciados, as Autoras referem-se a pormenores como, a importância que uma trança no cabelo tem na auto percepção da imagem de uma Idosa, referindo que, Aurora- uma das personagens patente nas suas narrativas-, “(...) vive hoje uma grande angústia (...) sente que a sua imagem social está a denegrir-se e considera que este facto se identifica com uma revolução no seu corpo” (Viegas & Gomes, 2007, p:58). Neste sentido, podemos pensar novamente no peso que a individualidade e a conservação das especificidades dos Indivíduos aquando da inserção em contextos Institucionais possuem. Referindo-nos mais particularmente à questão da imagem, a percepção que os Indivíduos têm do que são e o que supõem que os outros julgam a seu respeito influencia-os negativamente. A respeito desta ideia, Viegas e Gomes afirmam que “(...) o sofrimento, insegurança, tensão e ambiguidade que Aurora diz sentir, terão de ser compreendidos não tanto pelo reconhecimento pelos outros das suas falhas, mas pelo reconhecimento antecipado dos indícios de estigmatização que resultam do estado de reflexividade de Aurora e da antecipação que ela faz da imagem que os outros têm de si (...)” (2007, p:56). Queremos com isto enfatizar, mais uma vez, a necessidade de privilegiar os pequenos detalhes, a par do questionamento e da hipótese de escolha, relativamente aos elementos que constituem a imagem dos Idosos, uma vez que estes fazem parte si, caracterizam-nos perante os próprios e os seus semelhantes, contribuindo para o seu bem-estar.

Analisando a interação entre os Residentes, tivemos a oportunidade de perceber que existe pouca interação entre os Mesmos. Quando existe, surge em pares ou pequenos grupos já familiarizados entre si e que têm pontos de interesse em comum ou partilham

a mesma mesa na sala de refeições. Muitos dos Residentes, no dia-a-dia Institucional, estão sós ainda que integrados num grande grupo de Pessoas numa determinada sala de convívio. No seguimento do que referimos, interessa analisar a solidão e o isolamento enquanto consequência dos mecanismos sociais desenvolvidos nas Instituições. Assim, como afirma o filósofo Tzevetan Todorov cit. por (Hirigoyen, 2011, p:16) “A condição física da falta de reconhecimento é a solidão: se os outros estão ausentes, não podemos por definição captar o seu olhar. Mas o que é provavelmente mais doloroso do que a solidão física, que pode ser amenizada ou atenuada com algumas soluções, é viver no meio dos outros sem deles receber nenhum sinal”. Neste sentido, é inegável que o aumento da solidão é um fenómeno social que se constata em todos os países desenvolvidos, principalmente, nas grandes cidades. Apesar de atualmente a nossa sociedade atravessar uma era em que as interações entre pares são constantes, chegando por vezes a ser invasoras na nossa opinião, existem diversos Indivíduos a experienciar e viver situações difíceis de solidão e isolamento social quando outros optam cada vez mais por viver sós. É quase como um paradoxo, pois a solidão remete tanto para o sofrimento como para sensações de liberdade, pois, se de um determinado ponto de vista se afirma que a solidão é um dos flagelos do século XXI sendo crucial unir o ser humano e acima de tudo comunicar, por outro prisma defende-se a autonomia e independência (Hirigoyen, 2011).

Assim sendo, com o aumento da esperança média de vida, acréscimo dos divórcios e separações, bem como dos planos de vida cada vez mais individualistas, todos nós já estivemos, estamos ou vamos estar sós. Há, claramente, um isolamento decorrente da sociedade moderna pois esta tem por base a obtenção e alcance das felicidades materiais, a importância do ter e não ter e, essencialmente, o consumir. No entanto, na verdade a solidão possui várias caras, dado que, por detrás da mesma escondem-se diferentes realidades. Podemos sentir-nos sós no meio da multidão, no seio familiar e dentro do próprio relacionamento. Por isso é que a solidão é vista como algo subjetivo, como uma sensação, ou como a interpretação de um determinado acontecimento como sendo rejeição ou exclusão. “A solidão é sempre, em última instância, uma manifestação da nossa subjetividade e nunca um mero dado objetivo” (Carvalho, 2011, p:22). Estes sentimentos provêm da carência de laços, da ideia de não nos relacionarmos ou comunicarmos com quem está à nossa volta e de estarmos sós no mundo (Hirigoyen, 2011).

A solidão acompanha as várias fases da vida do ser humano, contudo, como consequência do Envelhecimento tem tendência para aumentar: não apenas como uma situação subjetiva, mas, ao mesmo tempo, como uma vivência pessoal. Para Pais (2006) que refere que a inserção de idosos em lares representa, habitualmente, a quebra de laços conviviais que eram outrora mantidos com os familiares, amigos e vizinhos e, em simultâneo, a inserção e adaptação num contexto que lhes é estranho, esta retirada e afastamento de referentes espaciais conhecidos e de antigas redes de sociabilidade conduzem, posteriormente ao ingresso em lar, a uma desvinculação social. Salienta também que, “as reformas da vida ativa e as doenças em idade avançada originam, por vezes, verdadeiras retiradas da vida. A solidão, nestes casos, transforma-se numa espécie de bolha pessoal que não se dissipa quando com outras se acumula (...)” (Pais, 2006, p:145). As condicionantes da vivência acima mencionada surgem como efeito de diversos acontecimentos, nomeadamente, a perda de familiares e amigos. Consequentemente, é possível que a solidão se instale, não só como um “acidente existencial”, mas como um destino incontornável (Carvalho, 2011).

Alguns Indivíduos que atravessam a fase da velhice tendem, por norma, a sentir-se culpados por estarem sós, vendo a situação em que se encontram como o resultado de um erro. Segundo Hirigoyen, (2011), o Idoso sustenta a ideia de que está sozinho porque não é o que devia ser, ou, simplesmente, porque os outros não o suportam. No entanto, com base no mesmo Autor, o que cria a solidão nas Pessoas Idosas é, acima de tudo, a perda de autonomia que as torna dependentes de terceiros. Enquanto o Indivíduo é ainda capaz de participar nas diversas ações, viajar, ler, efetuar as ABVD/AIVD, estando na posse absoluta das suas capacidades físicas e intelectuais, permanecerá inserido no chamado mundo social. Assim, a solidão e o isolamento começam a aparecer como consequência do falecimento de Pessoas próximas, surgimento de novos problemas de saúde que acabarão por incapacitar o indivíduo, perda de autonomia e diminuição gradual da vida social.

Deste modo, no que concerne à população Idosa, particularmente, com idade compreendida entre os 79 e 83 anos, a solidão é ainda mais aguda sendo este um período crítico, uma vez que, assim que as Pessoas começam a tornar-se demasiado dependentes são inseridas em residências para o efeito onde o único contacto que têm é com o pessoal técnico e, ainda que existam atividades, estas são realizadas coletivamente o que faz com que a Pessoa Idosa se sinta só, agravando posteriormente o

seu estado de saúde (Hirigoyen, 2011). Tendo por base o mesmo Autor, é possível perceber que, a solidão, o isolamento e o sentimento de estar só se correlacionam com o risco acrescido de demência tardia, uma vez que a solidão pode debilitar e deteriorar o sistema neurológico responsável pela cognição e memória, devido à carência de estímulos e atividades. Desta forma, podemos constatar que as Pessoas sós e carentes de atividades verdadeiramente estimulantes estão mais expostas e vulneráveis às neuropatologias decorrentes do avanço da idade.

O Isolamento, por sua vez, é o resultado de determinadas situações de assédio moral, exclusão e marginalidade social, e, frequentemente, do Envelhecimento, onde a Pessoa Idosa sente que já não interessa a ninguém estando muito perto do vazio. Contudo, segundo o mesmo Autor, ao contrário do sentimento de solidão, o isolamento adota à partida uma forma objetiva e observável onde juízos como viver só ou pouco rodeado, ter poucas relações ou poucos contactos, são passíveis de constatar (Ibidem).

Consideramos que a questão do sentimento de solidão e outros aspetos que têm vindo a ser analisados poderiam ser colmatados, por exemplo, através do aumento do sentimento de pertença, da quebra de barreiras entre os dois pólos Institucionais e da alteração de determinadas características da própria Instituição enquanto mera fornecedora de serviços. Nesse sentido, procuramos compreender a possível utilização do conceito de sentimento psicológico de comunidade na construção de novas formas de alterar o ambiente Institucional e fazer com que o mesmo pertença um pouco mais a cada Indivíduo que o constitui. Segundo Amaro (2007), esta noção foi definida pela primeira vez por Seymour Sarason que explica que, este sentimento de ser “(...) parte de uma rede de relacionamentos de suporte mútuo, sempre disponível e da qual podemos depender (...) previne que as pessoas experimentem sentimentos prolongados de solidão” (1974, p:1). Esta prevenção é possível pelo facto de existir uma sensação de identificação e semelhança com os outros, bem como uma interdependência desejada que se mantém na base da reciprocidade das ações, ou seja, os Indivíduos fazem pelos seus pares o mesmo que esperam receber destes. O mesmo Autor, afirma que é deste modo criado um sentimento de que fazemos parte e podemos depender de uma estrutura segura e de apoio mútuo. Anos mais tarde, o conceito em análise foi actualizado por McMillan e Chavis (1986), os quais, mantendo a sua definição inicial mas delimitando-a, definiram-na como “(...) um sentimento de pertença que os membros possuem, de que os membros se preocupam uns com os outros e com o grupo, e uma fé partilhada de que as necessidades dos membros ficarão satisfeitas através do compromisso de

permanecerem juntos” (1986, p:9). Para além de atualizarem a definição do conceito em estudo, sugeriram, ainda, que o sentimento psicológico de comunidade seria constituído por quatro elementos: o estatuto de membro, o qual é responsável por criar nos Indivíduos o sentimento de pertença ao grupo; as ligações emocionais partilhadas, enquanto elemento que advém do “(...) compromisso e crença de que os membros partilharam e irão partilhar história, lugares comuns, tempo juntos e experiências similares (...)” (Ibidem); a influência, que consiste no sentimento de importância e utilidade para os outros; e, por fim, a integração e satisfação das necessidades, que, segundo o mesmo Autor, se relaciona com o facto de os membros de uma determinada comunidade sentirem que as suas necessidades serão satisfeitas pelos recursos recebidos enquanto membros. Para Amaro (2007), através do último componente analisado, o sentimento de pertença ao grupo é reforçado de forma positiva o que leva a que, conseqüentemente, os seus membros se sintam motivados a permanecer envolvidos no grupo. Por esta ordem de ideias, consideramos que, com vista à diminuição do sentimento de solidão e ao investimento na rede de suporte Institucional, bem como nas relações estabelecidas entre todos os seus intervenientes, seria interessante perspectivar metodologias de intervenção e mudança de rotinas Institucionais que se coadjuvassem nesse sentido.

Retornando à nossa análise inicial, analisando o grau de atividade dos Idosos na Instituição, consideramos que o nível geral desta é bastante baixo, se não se ponderarem as ABVD estipuladas pela ERPI no seu quotidiano Institucional. A este respeito, Moos e Lemke (1994) referem que a implicação dos Idosos nas atividades culmina em diversidade, estimulação, representação de papéis sociais que preservam a auto imagem positiva, estabelecimento de laços interpessoais que fornecem suporte e contribuem para a manutenção das competências sociais dos Indivíduos. No entanto, poucos e raros Residentes aparentam estar verdadeiramente ativos. Este é um dos principais aspetos que nos levou a apresentar no Trabalho de Projeto a temática da Estimulação Cognitiva, sugerindo alterar as realidades vivenciadas neste tipo de instituições onde se dá primazia à arregimentação e se nega a individualidade, a tomada de decisões, o treino de funções executivas, atenção e resolução de problemas diários que mantêm os Idosos ativos e verdadeiramente integrados na planificação e execução dos seus processos de Envelhecimento e projetos de vida.

Ao analisar o **clima social** enquanto ambiente vivido e percebido por uma organização e todos os seus intervenientes e participantes, importa primeiramente perceber que “(...) todo o ambiente tem uma “personalidade” única que lhe confere unidade e coerência (...) assim como as pessoas diferem na forma em como regulam o seu próprio comportamento, os meios diferem na forma como regulam o comportamento das pessoas, neles” (Moos & Lemke, 1994, p:107). Neste sentido, segundo os mesmos Autores, o clima social é constituído por dimensões relacionais cujo objetivo é avaliar a qualidade das relações interpessoais num determinado meio, dimensões relativas ao crescimento pessoal ou orientação para objetivos, as quais procuram medir o percurso efectuado pelo desenvolvimento pessoal nesse meio, e as dimensões de manutenção e mudança do sistema, que avaliam o nível de ordenamento do meio face a questões relacionadas com as expectativas e mudanças. Assim, no que é respeitante à atenção, por norma, os Residentes não recebem muita em termos qualitativos. Dependendo de quem provém a mesma, esta pode ser maior ou menor em quantidade e qualidade. No entanto, no geral, a atenção que recebem está maioritariamente ligada às tarefas inerentes ao seu cuidado físico e pessoal.

Por vezes os Residentes discutem entre si. Os motivos que desencadeiam discussões passam muitas vezes pela ocupação de uma cadeira errada, pela janela aberta e, mais raramente, durante um jogo de cartas sobretudo entre Idosos. Quando se constata alguma discussão entre Residentes, os Mesmos são alertados para um comportamento que não pode existir. Contudo, ainda assim, quando necessário, Estes conseguem e sabem ser muito cuidadosos e atenciosos. Os Residentes são totalmente dependentes dos profissionais da Instituição para a criação de atividades que lhes dizem respeito, não por falta de capacidade, mas pelo simples facto de esta ser uma política Institucional regulamentada à partida e de não ser cultivada a iniciativa, o poder de escolha e a tomada de decisão a partir do momento em que entram na Instituição. Uma vez não sendo dado o poder de escolha nem pedida a sua opinião aquando da criação e planificação de atividades, estas poderiam ser minuciosamente planeadas e, ao mesmo tempo, ter em consideração as características pessoais dos Residentes, bem como as suas reminiscências. Contudo, tal não se verifica na maioria das vezes. Pelo contrário, quando existem atividades que “escapam à regra” nomeadamente grupos de canto ou dança, estas são planeadas de forma generalizada com o objetivo de trazer algo diferente mas que já é habitual. Não visam alcançar um objetivo específico face aos diferentes e eventuais projetos de vida.

Relativamente à localização dos profissionais por parte dos Residentes, os últimos não sabem onde localizar os primeiros se estes não estiverem nos locais esperados e habituais. Quando os Residentes necessitam de localizar uma profissional, se esta não estiver nas salas ou nos corredores, os Residentes orientados no espaço e com capacidade em relação à mobilidade optam por ir até à receção ou à sala de enfermagem expor a situação. Geralmente, se se tratar de algo não urgente aguardam até que surja alguém.

Quando Estes estão desagrados com alguma situação não costumam manifestar os seus sentimentos nesse sentido, a não ser que encontrem alguém por eles considerado “de confiança”. Assim, não é habitual ouvir os Residentes falar abertamente das situações que lhes causam mau estar com qualquer pessoa, é mais comum ouvi-los falar do passado, dos seus significativos e ambições para os mesmos. Já no que diz respeito aos seus problemas pessoais, os Residentes também seleccionam muito bem o que contar e a quem. Alguns têm plena noção de que as suas vidas serão “comentadas”, se existir liberdade e informação para tal. Em relação ao quotidiano Institucional, quando possuem algum problema relacionado com a vida diária, não lhes são ensinadas formas de lidar com a situação, no entanto é-lhes transmitida a ideia de que as profissionais e a Diretora Técnica se encontram disponíveis para prestar apoio e auxílio em qualquer situação.

Em relação à realização de ABVD pelos Idosos, dependendo do Residente e da colaboradora em questão, é dada ao primeiro a oportunidade de manter a sua independência e fazer algo por si próprio. Noutras alturas, com o intuito de não atrasar as rotinas, os profissionais, preferencialmente, realizam determinadas atividades pelos Residentes o que acaba por comprometer a independência e autonomia dos Mesmos.

No que diz respeito à questão da privacidade, no piso principal é um pouco difícil obtê-la. O único local onde provavelmente se pode ter privacidade é no próprio quarto e em determinados momentos. Contudo, para frequentar este espaço numa hora do dia em que segundo o funcionamento Institucional tal não é perspectivado como habitual, os Residentes devem pedir autorização à Diretora Técnica para se deslocarem até ao mesmo. É legítimo inferir que Estes se sentem incomodados relativamente a este tipo de permissões. Basta participar integralmente no seu dia-a-dia, observar, analisar e acompanhar os Mesmos, para perceber que, muitas vezes, nas suas faces, paira a sensação de que estão simplesmente a deixar passar o tempo.

### 3.4. Diagnóstico de Necessidades

Para concluir todos os aspetos mencionados anteriormente, através do **diagnóstico de necessidades** pretendemos evidenciar aqueles que poderiam ser melhorados na ERPI em análise. Primeiramente, a relação entre os Residentes: consideramos que convivem entre si através de pequenos grupos. Grupos criados devido ao piso no qual residem, aos companheiros de mesa à hora das refeições e grupos estabelecidos mediante os lugares que ocupam nas salas de convívio. Apesar de manterem relações de amizade neste pequenos grupos, no geral, os Residentes não se conhecem. Convivem cordialmente quando estão juntos e manifestam preocupação quando alguém se encontra doente, no entanto, as ações e reações são diferentes quando os sujeitos principais pertencem aos grupos onde estão inseridos. Este tipo de situação verifica-se aquando de acontecimentos sociais, nomeadamente festas de aniversários, onde, quando se solicita a algum Residente que entregue uma prenda, Este não sabe quem é o aniversariante. Assim, elaboraríamos sessões de grupo e atividades de caracterização pessoal onde se preconizaria a criação de laços sociais e familiares entre os Residentes, bem como a conceção de novas rotinas diárias e Institucionais a fim da criação do sentimento psicológico de comunidade. Relativamente às atividades de animação sócio culturais e à participação, tendo em consideração o tema do Trabalho de Projeto, este é um aspeto que necessita de intervenção e mudança. Os Residentes passam a maior parte do seu dia inseridos em “não atividades”, ou seja, em atividades programadas e sequenciadas que fazem parte da rotina e do quotidiano Institucional: as medidas de higiene matinais, o pequeno-almoço, o reforço da manhã, o almoço, o lanche, o jantar, a ceia, medidas de higiene nocturnas e por fim o descanso nocturno. Se avaliarmos o plano de atividades de animação, verificamos que o mesmo não é rico em atividades que verdadeiramente motivem, capacitem, estimulem e atribuam significado à vida dos Residentes dentro da Instituição. Aos Idosos, como referido, não é solicitada a opinião face às atividades de animação instituídas, sendo estas escolhidas e realizadas pela animadora sócio cultural e aprovadas pela Directora Técnica. O leque não é muito vasto, atrativo e infelizmente não permite a singularidade, com o objetivo de evitar a arregimentação típica deste tipo de Instituições. Pelo contrário, inibe a tomada de decisão, o treino da atenção, resolução de problemas, criação de objetivos e estratégias para promover o Envelhecimento ativo e retardar a perda cognitiva. Este é o nosso principal objetivo, a criação de um projeto que através das forças e potencialidades da Instituição viabilize a criação de processos

de Envelhecimento ativos, que ambicione o bem-estar e o sentimento de pertença contribuindo para a manutenção das capacidades cognitivas e conseqüentemente para a existência de formas de Envelhecer bem-sucedidas. No que concerne aos profissionais da Instituição, como temos vindo a verificar no decorrer do Trabalho, em particular aqueles que lidam em primeira linha com os Residentes e ainda os que se assumem como responsáveis e gestores dos serviços fornecidos, seria deveras pertinente e importante o investimento em formações especializadas, direcionadas e orientadas face às problemáticas inerentes ao processo de Envelhecimento. Estas poderiam incidir em vertentes relacionadas com as competências pessoais e relacionais, mas, também, numa perspectiva de conhecimento e aprendizagem contínuos em relação às questões teóricas e práticas desta fase da vida.

Relativamente aos horários da Instituição, compreendemos a exigência relativa aos horários estipulados para cada atividade da vida diária e a dificuldade que existe, tendo em conta o número de Residentes aos quais é necessário dar resposta a diversos níveis. No entanto, ao mesmo tempo, pensamos também que em alguns aspetos estes poderiam ser mais flexíveis. Por exemplo, no que diz respeito ao horário das refeições e do despertar ao fim-de-semana e feriados, numa tentativa de aproximar as vivências Institucionais daquelas que outrora existiam no seio familiar, com o objetivo de evidenciar estes dias contribuindo para a orientação temporal dos Idosos e ainda preconizando uma mudança de rotinas. Um pequeno-almoço diferente, um despertar mais tardio. Pequenas particularidades que fazem a diferença. Por sua vez, o serviço de refeições é, paralelamente, um aspeto a ser melhorado e através do qual é possível capacitar e integrar os Residentes, tornando-os verdadeiramente atores principais nas suas vidas. Ajustar pequenos detalhes nas refeições para que estas se assemelhem mais ao ambiente familiar, criar dias específicos para celebrar a origem cultural de cada Residente confecionando as refeições nessa base e explorando as mesmas reminiscências durante o dia é uma das nossas sugestões.

Por último, mas não menos importante, surge o aspeto das normas inerentes às visitas. Existe um horário estipulado que apesar de regulamentado é flexível mediante aprovação da Directora Técnica. A melhoria face à questão das normas relativas às visitas passa pela criação de um espaço próprio para o efeito. Um espaço propício à manutenção e criação de laços familiares que prime e garanta a privacidade e a qualidade da interação entre os Residentes e os seus significativos.

## CAPÍTULO IV- A ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO

---

A longevidade ou o avançar da idade é um dos principais factores que desencadeiam o Envelhecimento cognitivo afectando, conseqüentemente, os mecanismos mentais e comportamentais. O Envelhecimento cerebral pode ocorrer e manifestar-se de diversas formas. Assim, ainda que o processo de Envelhecimento que traçamos e vivenciamos seja saudável e ativo, determinadas capacidades mentais que até então se mantinham intactas, deteriorar-se-ão inevitavelmente (Ingram, 2014).

### 4.1. Envelhecimento Cerebral → Declínio Cognitivo

Embora o Trabalho de Projeto não se foque efetivamente no Envelhecimento do cérebro, a noção e compreensão do seu funcionamento e deterioramento são essenciais para compreender as perdas cognitivas que acontecem devido ao aumento da idade e, posteriormente, intervir nas mesmas. Desta forma, em termos de mudanças anatómicas, com base em Bherer & Lemaire (2005), sabe-se que o cérebro se divide em duas zonas de grande importância: o córtex e as estruturas subcorticais. O córtex, por sua vez, divide-se em quatro lóbulos que garantem a execução de diferentes funções: o lóbulo occipital, responsável pelo processamento visual, o frontal por tarefas como a planificação, a coordenação e a produção de linguagem, o lóbulo temporal responsável pelo processamento auditivo e ainda pelas áreas relacionadas com a compreensão da linguagem. Por fim, o lóbulo parietal, responsável por inúmeras funções nomeadamente a integração sensorial e o processamento simbólico que inclui o cálculo, a escrita e o espaço entre outros (Bherer & Lemaire, 2005). Já a zona das estruturas subcorticais é formada por áreas como o sistema límbico que é responsável pela aprendizagem, memória e pelo comportamento emocional. É também constituída pelos gânglios da base que são fundamentais no controlo dos movimentos. Enquanto profissionais que avaliam os Idosos numa perspectiva integral aquando da admissão nas Instituições, é deveras importante conhecer o que cada área afetada vai acarretar em termos funcionais para que na posterior vida diária Institucional e através da Estimulação Cognitiva se compreenda a essência de determinados handicaps e seja possível treinar áreas

específicas, respetivamente. Segundo os mesmos Autores, uma das transformações mais expressivas com o avançar da idade é a diminuição do peso do cérebro, uma vez que, à medida que os anos vão passando e até ao fim da vida o mesmo vai diminuindo de forma frequente, acabando por atingir 90% do peso que tinha aquando do início da vida adulta. Esta diminuição traduz-se pelo desaparecimento de determinadas células nervosas que constituem o nosso cérebro, nomeadamente os neurónios e as dendrites que asseguram a transmissão de informação entre os primeiros. Assim, tendo em conta que a morte celular apresenta uma incidência bastante significativa no hipocampo – zona do sistema límbico responsável pela aprendizagem e memória- é compreensível que com o passar dos anos a nossa memória e capacidade de aprendizagem diminuam (Bherer & Lemaire, 2005).

#### **4.2. Estimulação Cognitiva em Patologias Demenciais**

Apesar de o grande objetivo em termos de processo de Envelhecimento passar pelos dois Modelos analisados no ponto anterior, é inegável a existência do Envelhecimento patológico. Não obstante os esforços realizados pelos teóricos e profissionais da área na procura incessante de novas formas de vivenciar e potenciar esta fase da vida, tal não significa que o aumento da longevidade seja acompanhado pelo aumento da qualidade de vida em todos os casos. Considerando o Envelhecimento patológico, será então possível falar no mesmo sem falar em Demência? A OMS (2012) classifica a Demência como “(..) um síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio”. Segundo Caldas & Mendonça (2012), a Demência de Alzheimer representa 60% a 70% dos casos de Demência, contudo, existem variadas causas de síndrome demencial, as quais podem provocar uma deterioração cognitiva e emocional que interferem e influenciam as atividades da vida diária, assim como a qualidade de vida do indivíduo e, com frequência, dos cuidadores e familiares.

“A demência é, sobretudo, uma patologia do envelhecimento, refletida no acentuado aumento da sua prevalência nos grupos mais Idosos. (...) Uma análise dos resultados de 47 estudos de prevalência efetuados entre 1945 e 1985 demonstrou que a prevalência da demência de Alzheimer duplica cada 5 anos após os 60 anos” (Caldas e Mendonça, 2012, p:11).

Referenciando, novamente, a especificidade e singularidade do ser humano e das suas vivências é expectável, neste tipo de instituições que cada vez mais são

perspetivadas e utilizadas como unidades de cuidados continuados, a existência de diversas patologias que acabam por condicionar a qualidade de vida e o bem-estar dos Idosos, tal como foi mencionado anteriormente. Assim sendo, é também neste modo de Envelhecer que os profissionais devem intervir e impedir que as alterações causadas pelas patologias sejam o principal foco do Residente, trabalhando para compensar as perdas e otimizar os ganhos. Segundo Nunes & Pais (2014), a Estimulação Cognitiva, ao procurar a obtenção de um nível de funcionalidade próximo da autonomia e objectivando o retardamento do processo de Demência, afigura-se como fulcral na doença de Alzheimer sobretudo na denominada fase ligeira. Também Caldas e Mendonça (2012) reiteram que: sendo a doença de Alzheimer o tipo de Demência com maior incidência nesta faixa etária é essencial referir que esta se divide em três fases, nomeadamente a ligeira, moderada e grave. Neste caso em concreto, a intervenção deve “(...) ser iniciada na fase ligeira ou ainda na fase antecedente, designada de defeito cognitivo ligeiro, em que a diminuição funcional ainda não existe ou é mínima e as alterações cognitivas são ainda, mais ou menos, circunscritas à memória” (2012, p:122). Assim, relativamente à intervenção em termos de Estimulação Cognitiva com os Residentes portadores de Demência, uma vez que este tipo de patologias, sendo na sua maioria degenerativas afetam e comprometem de forma gradual a realização das ABVD e AIVD, segundo os mesmos Autores (Ibidem) importa evidenciar que esta deve ser efetuada de forma célere.

#### **4.3. Objetivos e Pressupostos da Estimulação Cognitiva**

No seguimento da temática em análise importa perceber e dar a conhecer os principais objetivos preconizados pela Estimulação Cognitiva. Assim, esta assume como objetivo principal o aprimoramento e desenvolvimento do desempenho nas diversas atividades que são realizadas diariamente, retardando a necessidade de ajuda de terceiros para realizar a mesmas e colmatar os seus problemas (Idem). Consequentemente, ao utilizarmos a mesma como estratégia para alcançar um Envelhecimento bem-sucedido, pensa ser-se possível manter as capacidades funcionais dos Residentes por mais tempo, evitar o acelerado declínio cognitivo e por conseguinte físico associado à inactividade e ociosidade, frequentemente atribuídos a esta faixa etária. Contudo, os Autores alertam para o facto de nem sempre se poder ambicionar a reabilitação das zonas afectadas, isto porque, tal como o próprio nome indica, são zonas que sofreram algum tipo de lesão ou que se encontram afectadas devido ao

Envelhecimento cerebral característico do avançar da idade e por vezes decorrente opções e escolhas menos saudáveis em termos de estilo de vida. Se estes défices se deverem ao desaparecimento de neurónios, por exemplo, não é possível recuperar os mesmos, restando apenas utilizar a Estimulação como ferramenta passível de potencializar as capacidades que ainda se encontram inalteradas, objectivando a autonomia e bem-estar do Residente. Ainda assim, é de evidenciar a importância da implicação do próprio Residente, da Família e ainda dos profissionais nas instituições na compreensão e na aplicação das metodologias eleitas como capazes de contribuir positivamente para o objectivado anteriormente.

Antes de se iniciar um processo de Estimulação Cognitiva ou a criação de um programa que vise a sua aplicação, devem ter-se em conta vários fatores. O primeiro, segundo Caldas & Mendonça (2012) está relacionado com a individualidade do Residente e mais concretamente com a especificidade da sua patologia. Ou seja, do mesmo modo que os profissionais devem procurar analisar e compreender as diferentes determinantes de um processo de Envelhecimento individual e ajustar as suas metodologias de intervenção ao mesmo, em relação à Estimulação é igualmente ou mais importante olhar para o Indivíduo como um todo e retirar o foco das suas falhas cognitivas. Cada método a utilizar deve ser pensado e associado única e exclusivamente de acordo com as características individuais do Idoso, “(...) o primeiro passo é reconhecer se uma pessoa necessita de facto de reabilitação e qual o seu potencial para beneficiar disso. (Caldas & Mendonça, 2012, p:124)”. Com base no mesmo Autor, verifica-se que as Pessoas mais velhas que são diagnosticadas recentemente com défices cognitivos possuem a hipótese de obter resultados significativos e positivos através da estimulação. É de salvaguardar que, o fator idade, por si só, não constitui um impedimento à participação nestes programas, contudo, a fase e o tipo de patologia demencial na qual o idoso se encontra e possui, respectivamente, é considerada um impedimento à realização da reabilitação, devido ao facto de a abordagem cognitiva variar de patologia para patologia (Caldas & Mendonça, 2012).

No sentido de utilizar uma abordagem o mais direccionada possível às especificidades do Residente, a avaliação neuropsicológica surge como um aspeto fulcral e primário, antes de se iniciar qualquer programa de Estimulação Cognitiva, uma vez que este tipo de avaliação irá permitir “(...) um conhecimento dos défices das funções nervosas superiores (...) e da gravidade desses défices, permitindo ainda conhecer os sistemas que

se encontram intactos, para que possam ser utilizados” (Caldas & Mendonça, 2012, p:125). O tipo de avaliação supracitada, ao ser utilizada, permite aos profissionais perceber quais as funções sãs que o Residente possui e as que estão afectadas, imprimindo assertividade e especificidade aquando da criação do plano de intervenção direccionado a uma determinada pessoa. Existem diversos testes validados para o efeito nomeadamente o MiniMental State Examination (MMSE) que avalia o declínio cognitivo através de questões que analisam diferentes funções: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

#### **4.4. Abordagens e Exercícios na Estimulação Cognitiva**

A questão da importância da avaliação neuropsicológica ganha, então, relevo no momento em que se parte para a criação de um programa de Estimulação direccionado a um Residente em concreto, tendo em consideração que “(...) qualquer plano terapêutico ou as escolhas das técnicas a usar deverá basear-se nos resultados da avaliação neuropsicológica (Caldas & Mendonça, 2012, p:127)”. Outro fator de grande peso é o significado que as técnicas utilizadas possuem para os Residentes, ou seja, para que os Idosos adiram e sintam vontade de participar nas atividades de Estimulação estas têm de os cativar (Idem). Também a Psicóloga Rita Teles, na transmissão de conhecimentos aquando da realização da formação em “Envelhecimento e Estimulação Cognitiva” afirmou que, os profissionais devem apelar à participação dos Residentes na escolha das temáticas a utilizar nas sessões de grupo, devem munir-se de jogos e atividades que remontem às reminiscência dos Residentes e que, sobretudo, os façam rir, sentir-se bem consigo e com o seu modo de vida.

No que diz respeito aos métodos utilizados, existem inúmeras formas de estimular a mente, mais uma vez tendo por base a especificidade de cada Pessoa. No caso das Pessoas portadoras da DA, por exemplo, são utilizadas com frequência técnicas como o treino intensivo das capacidades diminuídas e a prática das capacidades preservadas como oportunidades para a Estimulação (Ibidem). Ou seja, se uma determinada competência permanece intacta num determinado momento, no programa de Estimulação respeitante devem ser realizados exercícios no sentido de manter e otimizar a capacidade que ainda se encontra preservada, no sentido de utilizar a mesma no seu dia-a-dia. Neste sentido, também a Terapia de Orientação na Realidade (TOR) criada por Folsom (1964) que preconiza a reaprendizagem da informação acerca da orientação

objectivando sobretudo a melhoria do sentimento de controlo e de auto-estima. Pode ser utilizada em Residentes que apresentem alterações de memória e sinais de desorientação no tempo e espaço. Preferencialmente, deve ser aplicada por técnicos, por ter apresentado resultados mais positivos quando aplicado formalmente (Caldas & Mendonça, 2012). Relativamente à sua eficácia, os Autores referem que a técnica em questão beneficia os doentes, na medida em que afeta de forma positiva o desempenho cognitivo e retarda o declínio da DA.

Em relação aos inúmeros exercícios que podem ser realizados para que os Idosos se mantenham ativos, segundo Nunes & Pais (2014) existem algumas regras às quais devemos prestar atenção aquando da realização dos mesmos, nomeadamente à sua duração, que não deve exceder os trinta minutos diários, objectivando a regularidade e continuidade da estimulação. O momento e o local em que os exercícios são realizados pesa, ao mesmo tempo, no resultado da aplicação dos mesmos. Idealmente, os exercícios devem ir aumentando a sua dificuldade gradualmente, de forma a permitir a habituação crescente às atividades, a superação e evolução do Residente, bem como para evitar a desmotivação em situações de falha. As instruções para realizar as atividades devem ser lidas num tom perceptível, juntamente com o Idoso e repetidas/explicadas sempre que necessário. Assim que se verificar que o Residente se encontra pronto para iniciar o exercício, deve dar-se hipótese ao mesmo para o realizar sozinho, no entanto, se se constatar que este não está a conseguir, é permitido e indicado fornecer algumas dicas ou inclusive resolver uma atividade semelhante para que o Residente veja como se faz. Os Indivíduos que recebem Estimulação devem ser acompanhados na realização das atividades, impedindo-os de errar e conseqüentemente prejudicar a aprendizagem e a evolução (Nunes & Pais, 2014). Mediante as funções cerebrais que pretendemos ativar e estimular, existem diversos exercícios que podem ser aplicados. Vejamos, por exemplo, os exercícios que se seguem e que podem servir de base para a criação de novas atividades ou mesmo para sua adaptação: No caso da atenção, que segundo Azevedo & Teles (2011) pode ser definida como a capacidade que o Indivíduo tem de estar atento às informações que lhe são fornecidas e escolher as que pretende guardar, está intimamente relacionada com a concentração e representa o papel de facilitadora na memorização das mesmas (Ribeiro & Paúl, 2011), pode ser estimulada através de atividades como a realização de enigmas, a procura de diferenças em imagens, em colunas de texto, a procura e selecção de números/ letras/ palavras/

símbolos/ objetos/ figuras geométricas de cores distintas entre outras. Por sua vez, a linguagem é a forma universal de comunicação. Esta afigura-se como essencial na integração social entre pares, precisamente pelo facto de ser o instrumento de comunicação privilegiado entre os Mesmos. Entre outras características, diz respeito à aptidão para “(...) manipular símbolos na produção e compreensão da comunicação, seja ela falada ou escrita (Nunes & Pais, 2014, p:74)”. Para estimular esta função cerebral basta por exemplo apostar na compreensão e execução de ordens (ex: sente-se na cadeira vermelha), na leitura/ cópia/ ditado de palavras e textos, na nomeação e categorização de objetos, e na atribuição do significado a palavras e objetos (Idem). A memória, enquanto função cerebral passível de ser estimulada, pode ser definida pela capacidade que o nosso cérebro possui para guardar o que aprendemos, lembrar o que não queremos esquecer e expor o que sabemos.

A memória pode ser dividida em seis tipos (Nunes & Belina, 2014):

**Fig. 3- Tipos de Memória**

<b>Memória Imediata</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Tipo de memória que permite repetir uma informação logo após a mesma ter sido fornecida. É a capacidade que o nosso cérebro tem de armazenar a informação por um curto espaço de tempo.</li></ul>
<b>Memória Recente</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Tal como o próprio nome indica, é um tipo de memória cuja finalidade passa pelo armazenamento de situações recentes, por exemplo, em que local se esteve na tarde anterior.</li></ul>
<b>Memória Remota</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Sendo o tipo de memória considerado mais constante, uma vez que as informações armazenadas permanecem intactas durante um grande período de tempo, é na mesma que estão guardados todos acontecimentos que decorreram ao longo da vida de um indivíduo.</li></ul>
<b>Memória Semântica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Tipo de memória no qual armazenamos todo o conhecimento que temos relativamente ao mundo que conhecemos e a tudo o que o constitui (objetos, palavras, conceitos).</li></ul>
<b>Memória Episódica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Também denominada por memória autobiográfica, como o próprio nome indica, trata-se de um tipo de memória onde se armazena a informação relativa a acontecimentos que sucederam com o indivíduo.</li></ul>
<b>Memória Prospetiva</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Também denominada por memória do futuro, é o tipo de memória através qual são cumpridas as ambições, sonhos e objetivos.</li></ul>

*Fonte: (Nunes & Pais, 2014) - Elaboração Própria.*

Tendo por base as Autoras Nunes & Pais (2014), no que diz respeito aos exercícios base que podem ser utilizados para trabalhar os distintos tipos de memória, no caso da

ativação da memória imediata, pode utilizar-se a repetição de sequências numéricas/frases onde inicialmente é pedido ao Residente que repita as mesmas pela ordem em que as ouviu e posteriormente que inverta a sua ordem voltando a repeti-las. Para aumentar gradualmente o nível de dificuldade, num segundo momento após as frases serem lidas aos Residentes pede-se aos Mesmos que as repitam pela ordem em que as ouviram e posteriormente trocando a ordem das palavras na própria frase. Se os Residentes estiverem dispostos a tal e pretenderem imprimir um pouco mais de animação à atividade em si, esta pode ser realizada entre pares inculcando um pouco de competição saudável e brincadeira entre aqueles que se sentirem à vontade nesse sentido. Em relação à memória recente, podem ser utilizados exercícios como a memorização de um conjunto de objetos pertencentes a um mesmo grupo (fruta) ao qual posteriormente é adicionado um objeto estranho (elástico), depois é pedido ao Residente que identifique aquele que não pertence ao grupo.

Face à memória remota, de forma a tornar a atividade mais individualizada e ao mesmo tempo num momento de partilha, através de uma fotografia de um Residente onde seja possível identificar membros da sua Família, solicita-se ao mesmo que o faça recordando o nome de cada um (Nunes & Pais, 2014). Já em relação à memória prospectiva, a sugestão das Autoras passa por pedir aos Residentes que dêem recados em determinadas horas. Este tipo de atividade pode facilmente ser adaptado às rotinas Institucionais. Realiza-se pedindo ao Residente que tome nota de um determinado recado apontando-o num papel e que, quando a hora chegar, dê o recado a quem o solicitou. O recado deve ser dado com poucos minutos de antecedência, uma vez que “(...) quando maior for o intervalo de tempo, maior será a probabilidade de ele se esquecer (Idem)”. Pelo facto de a memória se afigurar muitas vezes como um dos factores aos quais maior atenção os Residentes atribuem, importa validar as suas preocupações e realizar exercícios nesse sentido, para que Estes sintam que controlam, dentro do possível, o declínio da mesma. Segundo Azevedo & Teles (2011), exercícios como a evocação pelo uso e a memorização de códigos são vistos como benéficos no treino desta competência.

Já as funções executivas são responsáveis por regular as restantes funções cognitivas, sendo ao mesmo tempo, como o próprio nome indica, as funções que nos permitem executar um determinado objetivo e realizar todo o processo até alcançar o mesmo. Este processo envolve o planeamento de uma determinada ação, a selecção dos instrumentos

necessários e a verificação dos resultados com vista ao alcance de um fim específico (Nunes & Pais, 2014). Dizem respeito às funções que se utilizam no dia-a-dia para solucionar problemas, planear uma viagem, seleccionar opções, sem se aperceber o Indivíduo utiliza as mesmas para quase todas as atividades que realiza.

Apesar de grande parte das rotinas Institucionais se encontrarem encadeadas e se realizarem sempre do mesmo modo, o que a longo prazo leva a que os Residentes deixem muitas vezes de utilizar efetivamente algumas das suas funções executivas, por via da animação sócio cultural bem como através da criação de um conselho de Residentes onde se debata aquilo que consideram ser os problemas Institucionais entre outros aspetos, e se procure a resolução dos mesmos através da busca de soluções e formas alternativas de agir, surge novamente uma janela de oportunidade para capacitar os Residentes, autonomizar os Mesmos e envolvê-los nas decisões que lhes dizem respeito. Esta é, também, uma forma de estimular a mente, adaptando certos procedimentos cognitivos à vida Institucional. Não existindo essa possibilidade, a Estimulação Cognitiva, como vimos anteriormente, pode e deve ao mesmo tempo fazer parte de um programa que vise a manutenção das funções executivas, por exemplo. Desta maneira, alguns exercícios que poderiam ser utilizados e adaptados à população em estudo bem como ao contexto em que se está inserido passam pelas semelhanças e diferenças entre pares de palavras, pela realização de exercícios de sequências de ação com frases e ainda as sequências lógicas utilizando símbolos (Nunes & Pais, 2014). Referentemente às funções executivas inibição e a flexibilidade, podem ser realizados exercícios como a nomeação de figuras geométricas em que o Residente deve trocar o nome das mesmas (existe uma sequência de quadrados e triângulos, ao nomear as sequências quando surgir o quadrado o residente deve dizer triangulo e vice-versa) no que diz respeito à flexibilidade, esta pode por exemplo ser treinada através de um jogo divertido no qual surge uma lista de palavras escritas com cores diferentes, o objetivo ao olhar para cada palavra é dizer a cor na qual esta se encontra escrita e não o que diz a palavra. No que concerne à função executiva cálculo, como seria de esperar, o tipo de exercícios a realizar passam pela resolução de diversos problemas matemáticos, tabuadas, enigmas que incluam contas (Ibidem). Estes podem ser realizados individualmente ou em grupo utilizando a competição saudável como incentivo, mais uma vez salvaguardando a vontade dos Residentes e tendo em atenção as reacções dos Mesmos. Para treinar o raciocínio, outra função fundamental que possibilita aos

Indivíduos estabelecer e atribuir lógica as diferentes ações que se tomam, preconizando a obtenção de soluções e a resolução de problemas de forma eficaz, podem ser utilizados como exercícios a realização de labirintos, anagramas e estimativas (Ribeiro & Paúl, 2011). Por sua vez, a criatividade, como o próprio nome indica, é a capacidade que um indivíduo possui de criar algo diferente, original, é a aptidão para pensar de forma diferente e solucionar problemas através de recursos inovadores. A criatividade desempenha um papel de grande importância no momento em que se criam e pensam atividades de Estimulação Cognitiva para Idosos. Sabendo-se que é um grupo populacional exigente, com toda a legitimidade, os profissionais que trabalham com esta franja da população devem fazer uso da criatividade para que a Estimulação seja vista como um momento cativante, de diversão e fora do comum. Um exercício que estimula a criatividade e poderá ser utilizado consiste na criação de histórias, na criação de um jornal diário ou de uma sátira à vida Institucional. Com estas atividades os Residentes sentir-se-iam úteis, valorizados e parte de algo, ao invés de serem vistos e de se assumirem como meros receptores de um serviço onde os valores da arregimentação e da ausência de singularidade pautam o mesmo.

Por outro lado, as gnosias ou funções perceptivas estando relacionadas com a percepção, são as funções que o cérebro utiliza para identificar cores, para reconhecer formas e figuras geométricas, a face dos nossos significativos, bem como para perceber a organização de estímulos visuais e tácteis (Nunes & Pais, 2014). Através da sua definição concebemos a importância da mesma, assim sendo, tal como sucede com outras funções cerebrais, importa estimular. Desta forma, as Autoras anteriormente citadas, com o intuito de ativar as gnosias e conseqüentemente o reconhecimento visual, auditivo e táctil, sugerem exercícios como a disposição de diferentes objetos numa bancada e a solicitação de nomeação dos mesmos ao Residente ou através da exposição de diferentes imagens pedir ao Residente que identifique o que se encontra nas mesmas (neste tipo de exercício é possível utilizar imagens que aludem às reminiscências dos Idosos). Para o reconhecimento auditivo podem ser utilizados sons e de seguida ser solicitado ao Residente que os identifique. Para aumentar o grau de dificuldade, bem como para realizar uma atividade que traga significado aos Residentes, podem ser transmitidas músicas que remontem à sua época e a acontecimentos históricos importantes como o 25 de abril de 1974. Em relação ao reconhecimento táctil, com o objetivo de criar laços e de aproximar os Residentes e as equipas de profissionais, pode

ser pedido aos Mesmos que, com os olhos vendados, tocando na face de uma determinada pessoa a tentem identificar. Um versão mais facilitada desta atividade deve ser priorizada, isto é inicialmente o Residente pode começar por tentar identificar uma série de objetos com os olhos vendados.

Finalmente, a praxia, a função cerebral responsável pela capacidade de concretizar movimentos preconizando uma finalidade, caracteriza-se nomeadamente através da existência de aptidão para vestir, desenhar, gesticular e utilizar objetos de forma correta (Nunes & Pais, 2014). Todos os gestos que se realizam no quotidiano para atingir diversos fins, são passíveis de ser executados devido à função anteriormente descrita. Por esse motivo e pelo facto de se afigurar, entre outras, como uma função essencial carece ao mesmo tempo de estimulação. Assim sendo, alguns exercícios que podem auxiliar os Residentes e a população Idosa em geral a manter ativa esta função passam pelo uso de objetos mediante a sua finalidade (ao dispor diferentes objetos em cima de uma bancada, solicitar ao Residente que realize alguma atividade com os mesmos). Também a mímica pode ser utilizada como atividade, criando ao mesmo tempo a oportunidade de transformar o ambiente, se efetuada em grupo. Por norma os jogos de mimica permitem que os Residentes se descontraíam e passem uma grande parte do seu tempo a rir.

Para além de todas as informações que foram dadas anteriormente, consideramos igualmente importante não esquecer e relembrar o peso que a atividade física regular tem na manutenção de um estilo de vida saudável e conseqüentemente na obtenção de processos de Envelhecimento bem-sucedidos. Segundo a OMS (Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010), atualmente, a inatividade física constitui-se como o quarto principal fator de risco para a mortalidade. Assim, tendo sempre em consideração as limitações de cada Residente, a atividade física é extremamente relevante e influencia positivamente o estado emocional, psicológico e físico do Idoso. As recomendações da OMS face às necessidades da população Idosa relativamente à atividade física referem que as atividades devem ser inseridas em contexto recreativo e/ou de lazer, familiar e comunitário, bem como através da realização das denominadas tarefas domésticas. Sabendo que dificilmente numa Instituição há permissão para que os Residentes realizem tarefas domésticas, excetuando algumas situações, as atividades físicas podem ser planeadas e inseridas no âmbito de programas de estimulação, no sentido de melhorar a capacidade

cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea, as capacidades funcionais e ainda minorar a probabilidade de surgimento de patologias crônicas, quadros depressivos e declínio cognitivo (Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010).

#### **4.5. A Estimulação Cognitiva nas Práticas Institucionais: A Importância da Sensibilização e Formação do Capital Humano**

Tão importante como a inserção de programas de Estimulação Cognitiva enquanto prática Institucional e sócio cultural, é a mudança de ideologias e da forma de perspectivar as problemáticas associadas a esta fase da vida, por parte das Instituições e profissionais que prestam serviços à população Idosa. Em simultâneo, a formação e sensibilização para as mudanças que ocorrem nos Residentes aquando do processo de Envelhecimento, sobretudo se este for pautado por quadros demenciais entre outras patologias que podem comprometer o estado de saúde, bem-estar, qualidade de vida e integração social, são igualmente importantes.

No sentido de promover a noção de Envelhecimento ativo e as suas particularidades e, ao mesmo tempo, alertar para as necessidades específicas de um Envelhecimento patológico, consideramos essencial a existência de formação face ao processo de Envelhecimento. Este tipo de formação deve ser realizado por profissionais da área no sentido de capacitar os recursos humanos e gestores das instituições a compreender as diferentes formas de Envelhecer, os direitos inerentes à Pessoa Idosa, as suas necessidades sentidas e não sentidas e a importância da singularidade do serviço prestado, nomeadamente no que diz respeito às técnicas e métodos utilizados na abordagem ao Residente e respectivas patologias. Tendo em consideração a quebra de laços com o social, a arregimentação, os contínuos atentados à integridade dos Residentes sujeitos às normas de funcionamento que caracterizam as instituições totais, importa criar estratégias de mudança e alteração de comportamentos, designadamente no que diz respeito à Estimulação Cognitiva, que se afigura como essencial na promoção do Envelhecimento saudável e retardamento de patologias do foro cognitivo. Assim, Azevedo e Teles (2011) fornecem algumas sugestões aos profissionais que trabalham na área da gerontologia, objetivando a adequação dos serviços prestados, referindo a importância da avaliação face às necessidades do novo Residente, tanto na análise de eventuais défices cognitivos como no estudo do estilo de vida que o Residente outrora mantinha, para que as possíveis intervenções a que este for sujeito

tenham sempre o cuidado de evocar as características particulares do Indivíduo no seu todo. Salienta-se a necessidade da intervenção ser sempre adequada às particularidades do residente e ao seu nível de escolaridade, bem como o papel da constante adaptação e consequente avaliação contínua, de modo a compreender a resposta do Indivíduo às atividades praticadas. Segundo Ribeiro & Paúl (2011), os familiares dos Residentes apresentam um papel chave no incentivo à participação do Residente em atividades consideradas pertinentes, face à sua condição de saúde. A presença dos significativos, o acompanhamento e realização de atividades através das quais se criem oportunidades de socialização são igualmente importantes. As instituições devem fomentar a partilha e participação dos familiares dos Residentes nas atividades, promovendo também a compreensão e constatação da evolução dos últimos no decorrer do seu processo de Envelhecimento, enaltecendo os seus ganhos.

Numa perspetiva mais prática, dirigimo-nos agora concretamente à forma como os profissionais (nomeadamente a AAD e as ASG) devem orientar a sua intervenção juntos dos Residentes com patologias demenciais, designadamente a doença de Alzheimer. Sabendo que as principais alterações cognitivas sucedem ao nível da desorientação, da comunicação, da memória, os intervenientes acima mencionados, pelo facto de contactarem em primeira linha com os Residentes, devem auxiliar os Mesmos no que diz respeito à desorientação ao “(...) privilegiar as rotinas (...) adaptar o ambiente (...) certificar-se que o doente não sai sem identificação (Nunes & Pais, 2014, p:7). Relativamente à comunicação podem tentar manter “(...) atitude positiva (...) falar com o doente num sítio sem ruídos (...) usar frases curtas e simples (...) falar lentamente e com clareza, num tom de voz natural, agradável e tranquilizante (...) repetir várias vezes a mensagem (...) colocar-se à sua frente incentivando-o a falar (...) não criticar (Ibidem). Já no que diz respeito à memória, por norma, a tendência que os Residentes possuem em perguntar inúmeras vezes algo faz com que muitas colaboradoras acabem por responder de forma exasperante. No entanto, segundo as Autoras, a melhor forma de auxiliar um Residente que apresente estas dificuldades passa por “ recorrer a sinais ou mensagens escritas (...) encorajar o uso de uma agenda ou diário (...) evitar as mudanças (Nunes & Pais, 2014, p:8). Do mesmo modo, a formação dada aos profissionais deve contemplar as alterações na realização das ABVD, bem como nas principais alterações ao nível do comportamento. O que pretendemos e denotamos como essencial ao estudar as questões anteriormente expostas, mais uma vez, é a especificidade e a

individualização do cuidar, dado que, com base nas sugestões supracitadas, é possível compreender as pequenas particularidades essenciais ao modo de intervir junto de Residentes portadores de Demências. Assim, no Trabalho de Projeto, a questão da formação dos profissionais e da sensibilização das Instituições face ao Envelhecimento cerebral e à necessidade de ativar a mente assume também um papel preponderante.

#### 4.6. Planificar a Intervenção

“Uma vez tomada a consciência do diagnóstico do Projeto Social, estamos em condições de realizar a sua planificação. Qualquer acção social necessita de ser planificada. A planificação implica saber onde estou ou qual o ponto de partida, com que recursos posso contar e que procedimentos vou utilizar para alcançar as metas, mediante a realização de actividades que desenvolvam os objetivos programados (...)” (Serrano, 2008, p:37).

Antes de iniciarmos a fase de planificação característica da Metodologia Participativa de Projeto, importa, num primeiro momento, compreender que os programas de ação que se seguem foram elaborados com base no diagnóstico de necessidades efetuado e nas questões detetadas como carentes e passíveis de intervenção. Deste modo, o “Programa de Ação I- Entrelaçar” relaciona-se, sobretudo, com a ausência de laços e conhecimento mútuo entre os Residentes, bem como com o aprofundamento das relações entre Estes e os profissionais, evitando que o seu estabelecimento se efetive através de uma perspetiva meramente formal e contratual.

**Tabela nº2 – Programa de Ação I**

Programa de Ação I- Entrelaçar				
Atividade	Objetivo	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Periodicidade e Duração
“Grupos de desenvolvimento pessoal.”	Promover a interação social, aprendendo novas competências pessoais e relacionais, promovendo a coesão; Compreender os problemas dos outros Residentes, descobrir aspetos em comum e diminuir o sentimento de solidão e isolamento.	Residentes; Profissionais; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Acessórios diversos.	Semanalmente; 60 a 90 minutos.
“As histórias da nossa vida.”	Desenvolver e manter a identidade do Idoso; Compartilhar experiências e emoções, estimulando a empatia entre os Residentes.	Residentes; Familiares; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Projetor; Fotografias.	Semanalmente; 60 a 90 min.

“A debater é que a gente se entende.”	Propiciar momentos de reflexão acerca de temas à escolha e sugeridos pelos Residentes; Estimular o raciocínio, comunicação verbal e compreensão oral.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Jornais; Revistas; Livros.	Semanalmente; 60 a 90 min
“Retrato-Robô”	Promover e melhorar o autoconhecimento e o conhecimento do grupo.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Objetos vulgarmente utilizados pelos Residentes.	Semanalmente; 60 a 90 min
“Chamar a música”	Aumentar a coesão grupal e atribuir significados às vivências na ERPI; Proporcionar momentos de lazer.	Residentes; Profissionais; Famíliares.	Sala; Cadeiras; Mesas; Folhas; Lápis.	Semanalmente; 60 a 90 min.
“São rugas, senhor, são rugas- O jornal”	Criar um Jornal da ERPI, adicionando uma rubrica satírica. Proporcionar o contacto com as TIC.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Lápis; Folha; Computador; Impressora.	Mensalmente; 60 a 90 min.

**Fonte: Elaboração Própria**

No que diz respeito ao Programa de Ação I, sendo o nosso objetivo a promoção da interação social, a aprendizagem de novas competências pessoais e relacionais, bem como a coesão e ainda a compreensão mútua dos problemas que os Idosos manifestam de modo a descobrir aspetos em comum e minorar o sentimento de solidão e isolamento, a primeira atividade que propomos prende-se com a criação de grupos de desenvolvimento pessoal. Segundo Lima, este tipo de atividade é utilizado em grupos de Idosos apresentando como vantagens o “(...) desenraizar a crença de que os nossos problemas são únicos e imutáveis, descobrir pontos em comum (...) instalar a esperança (...) aumentar a auto-estima através do altruísmo e da empatia (...) dar modelos permitindo o comportamento imitativo (...) privilegiar a aprendizagem e o treino de competências várias (...)” (2004, p:25). Tendo por base a mesma Autora, alguns pressupostos devem ser cumpridos aquando da utilização destas técnicas, nomeadamente, a duração (60 a 90 min), a periodicidade (2 a 3 vezes por semana), o número de participantes (máx 20), a composição do grupo (quanto mais diferenças existirem entre os membros, mais oportunidades de aprender surgirão), a sala (não deve ser a sala onde os Residentes passam a maior parte do seu tempo), as cadeiras, que devem ser dispostas em círculo e, finalmente, a sala deve ser decorada pelos seus ocupantes.

Assim, consideramos que as atividades que se seguem concretizam as eventuais sessões a implementar num grupo de desenvolvimento pessoal. A atividade “Histórias das Nossas Vidas” visa manter e aprofundar a identidade dos Idosos (Lima, 2004), e, ao mesmo tempo, compartilhar experiências e emoções, estabelecendo empatia com os restantes elementos do grupo. Pensamos que, tendo em consideração que os Residentes vão utilizar as suas reminiscências para se deslocar ao passado, os familiares possuem um papel relevante em termos de participação nestas sessões. Caldas & Mendonça corroboram o que foi referido anteriormente, salientando que nos cuidados prestados a Indivíduos portadores de Demências “(...) é necessário efetuar uma abordagem global que considere a pessoa como um parceiro, que é convidado a participar nas tomadas de decisão sempre que possível (...) a forma de o fazer é reconstituir a história de vida ou narrativa de vida, que é um elemento precioso de avaliação e de ajuda para promover a autonomia da pessoa que sofre de demência (...) permite acompanhar e ajudar a manter uma continuidade entre o passado, o presente e o futuro e, portanto, a manter a identidade do doente (...)” (2012, p:184-185). Nesta atividade, o coordenador apresenta um papel de moderador. Inicialmente, pode orientar os Idosos, contudo, o que preconizamos acima de tudo é a transmissão de liberdade e de poder, fazendo com que Estes “tomem as rédeas” das sessões.

Na atividade “A debater é que a Gente se Entende” pretendemos, sobretudo, a promoção de momentos de reflexão, com o objetivo de estimular o raciocínio e as funções perceptivas, a comunicação oral e a compreensão desta. O Intuito é debater temas atuais trazendo os Indivíduos para a realidade, e, em simultâneo, incentivar os Residentes a sugerir e escolher os temas que pretendem abordar. Para Serrano (2008), esta técnica fomenta a cooperação e permite uma troca de ideias, opiniões e informações. Por sua vez, na atividade “Retrato-Robô” queremos promover e melhorar o autoconhecimento e o conhecimento do grupo, através da descrição do Indivíduo feita pelo próprio e/ou pelos restantes elementos. A Autora afirma que esta é uma excelente técnica para o autoconhecimento, para a descrição dos intervenientes e das suas realidades. Com a atividade “Chamar a Música” ambicionamos proporcionar momentos de lazer, aumentar a coesão e estimular a memória, ao criar em conjunto o hino da ERPI e, por outro lado, elaborando e cantando várias músicas. Sabemos que muitos Residentes gostam de cantar sentindo-se bem e valorizados quando o fazem. Por esse motivo, verificamos que esta atividade poderá, efetivamente, contribuir para o bem-

estar e para o reforço dos laços mantidos entre os Idosos. Finalmente, por via da atividade “São rugas, senhor, são rugas- O jornal” ambicionamos a criação de um Jornal da ERPI. Encontramos por diversas vezes alguns Residentes a escrever por iniciativa própria nos seus cadernos, e um, em particular, a treinar a caligrafia. Sabendo que possuem gosto na escrita, acreditamos que a criação de um Jornal para o qual todos possam contribuir com a realização de diferentes tarefas, poderá constituir-se como uma forma de dar voz aos Idosos e de reforçar o sentimento de pertença e utilidade dentro da Instituição.

Por sua vez, o Programa de Ação II surge, essencialmente, com o objetivo de utilizar a Estimulação Cognitiva como ferramenta para a capacitação, tomada de decisões, integração e participação social dos Indivíduos e, em simultâneo, preconiza o desenvolvimento e manutenção de processos de Envelhecimento bem-sucedidos, retardando o surgimento de patologias que colocam em risco a independência, autonomia e funcionalidade dos Idosos.

**Tabela nº 3- Programa de Ação II**

Programa de Ação II- Estimular e Capacitar				
Atividade	Objetivo	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Periodicidade e Duração
Consentimento Informado.	Solicitar a autorização para participação no Projeto de Intervenção.	Residentes; Familiares.	Sala; Cadeiras; Mesa; Folhas; Canetas; Computador; Impressora;	A agendar.
Aplicação do MMSE.	Selecionar a amostra de Residentes que se afigura como passível de ser estimulada; Realizar um pré-teste para, posteriormente, depois da aplicação dos exercícios e da realização de um pós-teste, verificarmos a existência de resultados.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesa; Folhas; Lápis.	A agendar.
“Atenção, é preciso prestar atenção.”	Estimular a atenção dos Residentes, por via da realização de exercícios individuais ou em grupo; Exercitar a mente através dos Jogos Sêniores: Jogos de Estimulação Cognitiva e Diversão de Autoria da Professora Rita Teles.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Quadro; Canetas para quadro; Projetor; Imagens em papel; Lápis.	Semanalmente; 30 min.
“Linguajar”	Estimular a linguagem e as formas de comunicação entre os	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras;	Semanalmente; 30 min.

	Residentes, através da realização de exercícios que privilegiem a comunicação e interação; Exercitar a linguagem através dos Jogos Sêniores: Jogos de Estimulação Cognitiva e Diversão de Autoria da Professora Rita Teles.		Rádio; Objetos diversos.	
“Memórias para que vos quero.”	Estimular os diferentes tipos de memória dos Residentes, recorrendo aos diversos exercícios que estimulam a competência em questão; Exercitar a mente através dos Jogos Sêniores: Jogos de Estimulação Cognitiva e Diversão de Autoria da Professora Rita Teles.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Folhas; Lápis; Rádio; Objetos diversos.	Semanalmente; 30 min.
“Executar, executar.”	Estimular as diferentes funções executivas, a capacidade de raciocinar, planear, selecionar e verificar a concretização de uma ação.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Folhas com palavras; Lápis. Rádio.	Semanalmente; 30 min.
“A percepção: Gnosias ou funções perceptivas.”	Estimular a percepção visual, táctil e auditiva enquanto funções imprescindíveis à identificação e reconhecimento de cores, figuras, rostos e sons, utilizando exercícios adequados; Exercitar a mente através dos Jogos Sêniores: Jogos de Estimulação Cognitiva e Diversão de Autoria da Professora Rita Teles.	Residentes; Familiars; Profissionais; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Objetos diversos; Projetor;	Semanalmente; 30 min.
“Praxias ”	Estimular a capacidade de concretizar movimentos voluntários, preconizando uma finalidade, por via da resolução de atividades que se aproximem ao quotidiano do Indivíduo.	Residentes; Coordenador.	Sala; Cadeiras; Mesas; Peças de vestuário; Objetos diversos.	Semanalmente; 30 min.
“Movimente-se: O exercício físico.”	Exercitar o corpo, através da realização de atividade recreativas e domésticas, tendo em consideração as limitações de cada um.	Residentes; Familiars; Profissionais; Coordenador	Espaço seguro e livre de obstáculos.	Semanalmente; 30 min.

**Fonte: Elaboração Própria**

Como temos vindo a analisar no capítulo referente à Estimulação Cognitiva no Envelhecimento, antes de efetuar qualquer intervenção nesse sentido, o diagnóstico e a análise do Indivíduo surgem como primordiais e essenciais para a compreensão dos seus défices, a fim da correta intervenção. Deste modo, num primeiro momento, o Programa de Ação II é iniciado pela solicitação de um consentimento informado através

do qual os Idosos e, em alguns casos, os seus significativos, manifestam o seu interesse e permissão para fazer parte do Projeto. Secundariamente, é efetuada a aplicação do MMSE com o objetivo de selecionar o número de Pessoas que poderão beneficiar da Estimulação Cognitiva. Em paralelo, a aplicação do referido teste, permite-nos compreender o estado cognitivo do Indivíduo num momento que antecede a intervenção e, posteriormente, após a mesma, com o objetivo de verificar se os resultados almejados foram alcançados.

As atividades que propomos no programa de ação em questão estão explanadas, de forma mais concreta, no ponto “**4.4. Abordagens e Exercícios na Estimulação Cognitiva**”. Consideramos importante salientar o ajuste das mesmas em função do grupo populacional com o qual trabalhamos, uma vez que, como referiu a Professora Rita Teles na formação “Envelhecimento e Estimulação Cognitiva”, tão importante como a Estimulação é adequação das atividades e sobretudo o sentido que estas fazem para os participantes. Neste sentido, almejando atividades onde a diversão e a Estimulação trabalham em conjunto, importa salientar a importância dos “Jogos Seniores” de Autoria da Professora Rita Teles como ferramentas para alcançar o bem-estar emocional e cognitivo.

O Programa de Ação III foi elaborado, especialmente, com o intuito de capacitar e sensibilizar os profissionais que trabalham com e para este grupo populacional. No sentido de proporcionar o aprofundamento, compreensão e sensibilização face aos diferentes modos de Envelhecer e suas especificidades e à utilização da Estimulação Cognitiva no dia-a-dia, almejando uma alteração nos comportamentos, formas de perspetivar a pessoa Idosa e respetivas particularidades por parte dos diversos profissionais, procuramos a criação e transmissão de competências a nível pessoal, relacional e profissional que proporcionem o estabelecimento de contactos e abordagens humanizadas e individualizadas, bem como a criação de novas metodologias de intervenção que enfatizem a importância da Estimulação nas ABVD. Este tipo de intervenção, preferencialmente, sob pena de acarretar consequências negativas para os Idosos, deve ser implementado por profissionais da área capacitados para intervir cognitiva e gerontologicamente.

**Tabela nº 4- Programa de Ação III**

Programa de Ação III- Alertar, Capacitar e Sensibilizar				
Atividade	Objetivo	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Periodicidade e Duração
Formação “Saber Ser: Eu na relação com os outros.”	Criar competências pessoais e relacionais, através da técnica “training group”, com vista à humanização das práticas profissionais.	AAD; ASG.	Sala; Cadeiras; Projektor; Computador.	Sempre que se verificar pertinente; 60 a 90 min.
Formação “O Processo de Envelhecimento: Modelos e particularidades.	Promover a compreensão dos diferentes modos de Envelhecer e a sensibilização para as questões inerentes ao próprio processo de Envelhecimento por via da técnica “training group”, com vista à aplicação prática da informação transmitida.	AAD; ASG.	Sala; Cadeiras; Projektor; Computador.	Sempre que se verificar pertinente; 60 a 90 min.
Formação “O Envelhecimento Patológico: As demências.”	Sensibilizar os profissionais para as especificidades da intervenção com Pessoas portadoras de demência, utilizando a técnica “treino mental”, objetivando a mudança nas atitudes sociais dos intervenientes	AAD; ASG.	Sala; Cadeiras; Projektor; Computador.	Sempre que se verificar pertinente; 60 a 90 min.

*Fonte: Elaboração Própria*

Como podemos constatar, o programa em análise é sustentado pela formação em diversos níveis. Na primeira atividade, procuramos auxiliar os profissionais através da técnica “training group” “(...) na tomada de consciência, reflexão sobre o seu comportamento, confronto de atitudes e sua possível mudança” (Serrano, 2008, p:57), com o objetivo de humanizar as práticas Institucionais e profissionais, bem como de sensibilizar os profissionais para as diferentes formas de vivenciar a fase da velhice e suas especificidades. A segunda atividade, utilizando a mesma técnica, tem em vista a transmissão de conhecimentos relativamente aos tipos de Envelhecimento, com o intuito de capacitar os profissionais que lidam em primeira linha com os Idosos, para que estes estejam alerta e cientes das transformações que ocorrem e das particularidades de cada Pessoa, aceitando-as, trabalhando em conjunto com o Indivíduo, de modo a otimizar os ganhos e superar as perdas, transmitindo um sentimento de empatia e compreensão.

A última atividade centra-se nas consequências ou características de um Envelhecimento patológico. Neste sentido, verificamos que as manifestações das diversas patologias do foro cognitivo que decorrem do Envelhecimento cerebral nem sempre são compreendidas e aceites pelas colaboradoras e profissionais que trabalham

com este grupo populacional. Acreditamos que, se estas possuísem uma formação mais especializada a esse nível, seriam mais capazes de lidar e de dar resposta às situações que ocorrem em contexto institucional e que, com frequência, não são vistas e suportadas de forma mais correta e eficiente. Assim, ao utilizar a técnica mencionada anteriormente, pretendemos provocar uma mudança nas atitudes e comportamentos gerados, em função de situações complexas como a existência de patologias demenciais.

Por fim, o Programa de Ação IV foi desenvolvido com vista à alteração ou à sugestão de algumas alterações que consideramos relevantes no alcance de objetivos como a democratização do poder, a tomada de decisões, a capacitação do Indivíduo e a criação do sentimento de utilidade e de pertença, entre outros aspetos. Ou seja, pretendemos sugerir algumas medidas que, com vista ao aumento da satisfação e bem-estar, são passíveis de se constituir como meios para transformar uma ERPI num verdadeiro Lar.

**Tabela nº 5- Programa de Ação IV**

Programa de Ação IV- À Minha Maneira				
Atividade	Objetivo	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Periodicidade e Duração
“Conselho de Residentes.”	Criar um conselho de Residentes, dentro da Instituição, com o intuito de abordar e analisar todas as questões que Estes considerem pertinentes.	Residentes.	Sala; Cadeiras; Mesas; Folhas; Lápis.	A agendar pelos Residentes.
“Fim-de-semanas e feriados em casa.”	Mudar o horário do despertar e do pequeno-almoço aos fins-de-semana e feriados, objetivando a criação de semelhanças com o que é realizado em casa, permitindo que os Residentes desenvolvam a sua orientação temporal. Alterar o pequeno-almoço habitual e dar aos Residentes a oportunidade de comerem algo que comeriam em casa (por exemplo, regueifa).	Residentes; Profissionais.	A determinar.	Semanalmente; A agendar.
“A Origem.”	Programar com os Residentes um dia em que se celebram as suas origens, cozinhando um prato típico ao almoço e explorando as tradições e costumes ao longo do dia, no espaço Institucional.	Residentes; Familiars; Profissionais.	Sala; Conjunto de alimentos específicos; Objetos característicos;	Mensalmente; A agendar.
“O Espaço das Visitas.”	Criar um espaço privado e próprio para a decorrência das visitas, longe do escrutínio	Residentes; Familiars e amigos.	Sala; Cadeiras; Mesas;	Sempre.

	público, promovendo a intimidade e a manutenção dos laços familiares e sociais.		Decorações alusivas aos Residentes.	
--	---	--	-------------------------------------	--

*Fonte: Elaboração Própria*

A primeira atividade “Criação de um Conselho de Residentes” almeja descentralizar o poder e chamar a atenção dos profissionais que gerem a Instituição para as opiniões e decisões dos Residentes. Através da criação de um conselho, associando-se em torno de interesses e problemas comuns, os Idosos estariam a dar voz aos seus anseios, a integrar-se e a participar na gestão e elaboração das atividades que lhes dizem diretamente respeito. Pensamos que, idealmente, este conselho deve reunir com os elementos responsáveis pela gestão da Instituição, expôr os seus ponto de vista e, em conjunto, traçar os melhores trilhos a percorrer para alterar pequenos detalhes que com certeza fariam toda a diferença. Por sua vez, a atividade “Fins-de-semana e Feriados em Casa” pretende transformar a ERPI num Lar. Quando o Individuo habita no espaço familiar sabe que os finais de semana e os feriados possuem uma essência diferente. À partida, são dias mais relaxantes, de convívio e partilha, no quais podemos, por exemplo, despertar mais tarde e tomar um pequeno-almoço mais elaborado. É com o intuito de aproximar as rotinas institucionais das vivenciadas no espaço familiar que sugerimos esta mudança. Já a atividade “A Origem” surge no sentido de valorizar os Idosos e dar a conhecer as suas origens, de forma a que Estes mantenham a sua identidade e particularidades. Consideramos que a atividade proposta não seria difícil de implementar e, ao mesmo tempo, poderia ser utilizada como espaço privilegiado de trocas afetivas entre todos os atores que constituem a Instituição, inclusivamente os familiares. Com uma periodicidade a designar, seria celebrada a origem de cada Idoso, cozinhando-se a gastronomia típica de determinada região e, expondo, com a orientação e participação Destes e dos respetivos familiares as tradições e costumes que os caracterizam. Pensamos que atividades deste tipo contribuiriam em larga escala para o sentimento de valorização dos Residentes, principalmente, pelo facto de os Mesmos serem incentivados a coordenar e a organizar o dia em função das suas especificidades.

A última atividade diz respeito à criação de um espaço privado, um espaço refúgio, onde os Residentes e os seus significativos possam conviver de modo seguro e privilegiado, sem se preocuparem com o que os demais possam pensar. Sabemos a importância da Instituição Família na vida de cada um dos seus elementos e constatamos o poder que a manutenção dos laços familiares e sociais têm na vida dos

Idosos Institucionalizados. Perante isto, não existindo, na maioria das vezes, a hipótese de levar o Idoso ao espaço familiar, a Instituição poderia apostar na criação de um espaço que assegurasse a função do contexto habitacional face ao estabelecimento dos laços e relações familiares.

#### **4.7. Proposta de Avaliação**

Enquanto última etapa de um Projeto, a avaliação surge como peça fundamental. Esta permitirá avaliar a pertinência do projeto, a sua sustentabilidade, viabilidade, adequação e eficácia. Embora já tenha sido referenciado o tipo de avaliação que pretendemos utilizar, por se afigurar como mais adequada face ao tipo de Projeto em desenvolvimento e tendo em consideração os objetivos a alcançar, consideramos importante efectuar uma nova menção à mesma, olhando à sua possível aplicação.

Como referido na fundamentação metodológica, no que diz respeito aos intervenientes, pretendemos que a avaliação seja efetivada de forma **auto avaliativa**, uma vez que concebemos a aplicação do projeto e a respectiva avaliação como um processo de aprendizagem contínuo, de reconhecimento e superação das opções menos frutíferas. Neste sentido, a equipa que pensa, concebe e aplica o Projeto será a mesma que o avalia, procurando auto-percecionar e compreender os resultados esperados e obtidos (Guerra 2002). Relativamente à temporalidade, sugerimos a **avaliação ex- ante**, num primeiro momento, pelo facto de nos permitir diagnosticar as necessidades e problemas constatados na nossa unidade real de análise e, com base na sua conceptualização teórica, traçar os trilhos mais adequados a percorrer para superar as carências percebidas. Nesta fase podemos pressupor que a etapa de diagnóstico foi adequada, na medida em que nos permitiu identificar as fragilidades do contexto social em análise, a influência destas nos diferentes atores, os participantes, e, ao mesmo tempo, sugerir e criar estratégias e planos de ação com vista à sua superação. Secundariamente, através da **avaliação on- going**, o objetivo será analisar o rumo que o projeto está a tomar, tendo em conta a sua finalidade e objetivos inicialmente estabelecidos aquando da planificação, para que, sendo necessário, seja possível efectuar as devidas alterações com vista à correta orientação do Projeto. Deste modo, importa referir que, em termos de metodologia, em cada sessão deverá ser elaborada uma tabela onde será possível verificar a data, a temática, a duração da sessão, o cumprimento dos objetivos almejados, número de participantes e as questões

problemáticas a superar. Estes indicadores irão possibilitar uma visão do estado atual do Projeto, das suas implicações no momento, e, ainda, aquando da avaliação final. Após a aplicação do Projeto, atribuímos grande peso à realização da **avaliação ex-post**, cujo intuito será medir a eficácia da intervenção, os seus resultados, bem como a concretização e o alcance dos seus objetivos e finalidades. Sugerimos que este tipo de avaliação com base na temporalidade seja concretizado com base na **avaliação por objetivos** a qual, passa, essencialmente, pela medição do alcance dos mesmos (Guerra 2002). A metodologia utilizada seria, maioritariamente, qualitativa, visto que técnicas como a análise documental e as entrevistas poderiam ser empregues na recolha de informações face às opiniões dos participantes relativamente às sessões desenvolvidas no âmbito dos diferentes planos de ação. No entanto, em paralelo, seriam utilizados instrumentos quantitativos como os questionários, no sentido de aferir a evolução dos participantes e, conseqüentemente, a eficácia da intervenção. No final, pensamos que a avaliação poderia ser produzida sob a forma de relatórios internos.

Para concluir, alguns Autores como Guerra (2002) sugerem que para que uma avaliação seja corretamente realizada devem ter-se em conta determinados critérios como a adequação, a pertinência e a eficácia, entre outros:

**Tabela nº 6- Critérios de Avaliação: Adequação, Eficácia e Pertinência**

CRITÉRIOS	CONCRETIZAÇÃO
<b>Adequação</b>	“O projeto/programa adequa-se ao contexto do problema e da situação sobre o qual se pretende intervir?” (Guerra, 2002, p:198).
<b>Eficácia</b>	“Em que medida os objetivos foram atingidos e as ações previstas realizadas?” (Ibidem)
<b>Pertinência</b>	“O projeto/programa é justificável no contexto das políticas e estratégias do organismo (...)?” (Guerra, 2002, p:198).

*Fonte: Guerra, 2002. Elaboração própria*

Para o segundo critério, a Autora elenca alguns indicadores passíveis de serem utilizados como instrumentos de medição da eficácia, nomeadamente as ações realizadas e programadas, os objetivos alcançados e aqueles planeados, e, por fim, o grupo atingido e aquele que se previa atingir. Numa perspetiva de gestão, animação e realização, referindo-se a critérios semelhantes, também Capucha, Pegado e Saleira (1999) e Capucha (2000) colocam algumas questões que podem ser utilizadas na avaliação, como se pode verificar:

**Tabela nº 7- Critérios de Avaliação: Adequação, Aderência, Eficiência e Participação**

CRITÉRIOS	CONCRETIZAÇÃO
<b>Adequação</b>	As ações realizadas coadunam-se com aquelas que foram estipuladas inicialmente? A sua realização em termos temporais respeita a respetiva planificação? A utilização dos recursos está a ser cumprida como previsto?
<b>Aderência</b>	Os destinatários das atividades aderem às mesmas como previsto?
<b>Eficiência</b>	Os recursos utilizados são geridos e utilizados da melhor forma possível tendo em conta a sua finalidade e o fim da ação?
<b>Participação</b>	Os intervenientes participam de forma dinamizada com vista à superação dos seus problemas?

*Fonte: Capucha, Pegado e Saleira (1999) e Capucha (2000). Elaboração própria*

Tendo em conta a gestão e animação, os Autores procuram perceber se, através de critérios como a adequação, as ações realizadas se coadunam com aquelas que foram estipuladas inicialmente, se a sua realização em termos temporais respeita a respetiva planificação e, ainda, se a utilização dos recursos está a ser cumprida como previsto. Por outro lado, tendo em consideração a questão da realização, com base no critério da aderência, os Autores tentam inferir a adesão dos Indivíduos aos quais se destinam as atividades. No que diz respeito ao critério da eficiência, estes pretendem saber se os recursos utilizados são geridos e utilizados da melhor forma possível tendo em conta a sua finalidade e o fim da ação. Em relação ao critério da participação, Capucha, Pegado e Saleira (1999) e Capucha (2000) pretendem analisar a participação dos intervenientes à luz da sua dinamização, objetivando a superação dos seus problemas.

Consideramos igualmente importante a construção de alguns indicadores que nos possibilitem perceber quem toma as decisões relativamente a temas a desenvolver nas sessões e quem planifica as mesmas, salientando a importância da capacitação e tomada de decisão dos Residentes nesse sentido.

## CONCLUSÃO

---

O processo de Envelhecimento é, sem dúvida, fascinante, inquietante e merecedor de atenção face a todas as particularidades que o constituem. Se, por um lado, atualmente, procuramos olhar para o mesmo enquanto oportunidade de integração, capacitação, participação social, democratização do poder, bem como fase da vida passível de ser enfatizada através do alcance de estados de saúde e projectos de vida ativos e bem-sucedidos, é, em simultâneo, igualmente importante perceber de que forma as políticas sociais e as respostas que se propõe a atingir tais objetivos traçam e percorrem os seus caminhos. Por outro lado, o Envelhecimento patológico afigura-se, paralelamente, como uma problemática que promete acompanhar o aumento da longevidade e, neste sentido, urge compreender o papel das respostas sociais que apoiam este grupo populacional, analisando a qualidade e o teor dos serviços fornecidos em função das necessidades, ambições e direitos dos Indivíduos. Associadas por diversas vezes ao Envelhecimento patológico, as denominadas Demências ameaçam a efectiva realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, colocando, com frequência, a independência, autonomia e qualidade de vida dos Idosos e respectivos familiares em risco. Deste modo, é, sobretudo, aquando do surgimento de patologias que atentam sobre o estado de saúde e comprometem a independência para a realização das ABVD e AIVD, a par da dificuldade existente por parte da retaguarda familiar e social em assegurar os cuidados de saúde em contexto familiar devido às exigências laborais e à especificidade das doenças, que a Institucionalização se assume como uma figura de suporte capaz de apoiar e minorar as dificuldades sentidas pela estrutura familiar na procura constante de serviços que garantam o bem-estar dos seus ascendentes. Contudo, como temos vindo a analisar no decorrer do Trabalho Final, a Institucionalização pode acarretar consequências menos positivas para o processo de Envelhecimento e para estrutura identitária e cognitiva dos Indivíduos, devido às características pelas quais se pautam as Instituições que prestam serviços aos Idosos. Neste sentido, consideramos importante salientar a questão da formação dos recursos humanos, tanto em termos profissionais como naquilo que diz respeito às competências pessoais e relacionais, bem como a forma de funcionamento adotada pelas Organizações com base nos normativos legais que vigoram na área do Envelhecimento. Ou seja, acreditamos que, para que esta fase

do ciclo de vida seja vivida com qualidade, bem-estar, participação social, democratização do poder e autonomia para a tomada de decisões, apesar das eventuais limitações que a caracterizam, as Instituições e os diversos atores que nas mesmas intervêm, devem, primeiramente, compreender as especificidades e a diversidade dos modos de Envelhecer, a importância da atividade e da estimulação, e, ao mesmo tempo, munir-se de competências pessoais e relacionais com vista à maior adaptação e humanização dos serviços fornecidos. Pensamos que a Família apresenta um papel de relevo no acompanhamento dos Indivíduos numa fase inicial e, em simultâneo, aquando da integração na Instituição, participando nas atividades destinadas aos Residentes e na promoção do seu bem-estar emocional, físico e cognitivo, e ainda, na avaliação diagnóstica e adaptação das metodologias de intervenção direcionadas ao respectivo Idoso. Consideramos, também, que a Estimulação Cognitiva pode e deve ser utilizada numa perspetiva de mudança e de alteração de rotinas, objectivando a inserção dos Idosos e a tomada de decisão face às inúmeras questões que a Estes dizem respeito. Afigurando-se como meio para alcançar o bem-estar e a manutenção do estado cognitivo, tendo em consideração o facto de se verificar uma predominância das patologias do foro cognitivo, pensamos que a aplicação da Estimulação Cognitiva pode surgir não apenas como uma forma de manter os Indivíduos cognitivamente ativos e autónomos, mas, também, como uma ferramenta capaz de transformar as experiências vivenciadas nas ERPI, enfatizando a alegria, o convívio e o aumento do sentimento de pertença. Paralelamente, a participação e integração social nos diferentes serviços presentes na comunidade, enquanto promotoras da sociabilização e diferenciação de rotinas, afiguram-se como peças fundamentais na trama da Estimulação Cognitiva, na medida em que possibilitariam a inserção em atividades distintas, a tomada de consciência face ao meio envolvente, a constatação e resolução de novas questões que adviriam do contacto com novos contextos e o estabelecimento de laços com Indivíduos que se encontram em situações diferentes perante o ciclo da vida, nomeadamente as gerações mais novas.

Regressando, para concluir, às respostas sociais que dedicam os seus serviços à população Idosa, consideramos que a avaliação das mesmas apresenta um papel fulcral. Externamente, acreditamos que a efectiva avaliação passa pela presença das entidades reguladoras no terreno, não como meras figuras fiscalizadoras mas, sobretudo, como entidades capazes de avaliar as metodologias de intervenção em função das

particularidades de cada Indivíduo e adequação dos serviços prestados às suas necessidades de forma profunda e não através de uma avaliação superficial e aparente. Internamente, como tivemos oportunidade de verificar, a avaliação é essencial para a compreensão das fraquezas diagnosticadas e dos caminhos a adotar enquanto oportunidades para a sua superação.

Finalmente, não obstante as atuais chamadas de atenção face ao processo de Envelhecimento, às suas características, necessidades e diversidades, almejamos maior atenção e dedicação por parte do Estado e dos diferentes partidos que dão voz às necessidades dos Cidadãos. Estamos a Envelhecer. Somos um País Envelhecido. Questionamo-nos relativamente ao papel que a Velhice assume numa sociedade cada vez mais segregada pela evolução tecnológica, e, essencialmente, desafiamos os representantes políticos a conceber o seu processo de Envelhecimento, com base nas atuais políticas e atitudes direcionadas a esta fase da vida.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Amaro, J. P. (2007). Sentimento psicológico de comunidade: Uma revisão. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Azevedo, M. J., & Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In Ribeiro, O., & Paúl, C. (Coord.). *Evelhecimento ativo* (p:77-140). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Baltes, P. B., & Margaret, M. B. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press.
- Ballesteros, F. R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Barenys, M. P. (1993). "El envejecimiento: Aproximaciones teóricas". In *Revista de Treball Social*, nº 131, Setembro.
- Bherer, L., & Lemaire, P. (2005). *Psicologia do envelhecimento. uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Caldas, A., & Mendonça, A. (2012). "A Doença de alzheimer e outras demências em Portugal". Lisboa: Edições Técnicas, Lda.
- Campenhoudt, L. V. (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Capucha, L., Pegado, E., & Saleiro, S. (1999). *Metodologias de avaliação de intervenções sociais*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Capucha, L. (2000). "A avaliação e a negociação dos planos de mudança social". policopiado, s.e.
- Carvalho, A. D. (2011). "Solidão e solidariedade: Entre os laços e as fraturas sociais". Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, M. (2013). *Serviço social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (ICL- Brasil). (2015). *ENVELHECIMENTO ATIVO: Um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil (ICL- Brasil).
- Charpentier, M., & Soulières, M. (2007). "Pouvoirs et fragilités du grand âge: "je suis encore pas mal capable pour mon âge". In *nouvelles pratiques sociales*, Vol. 19, nº2, p:128-143.
- Crimmins, E., & Beltrán-Sánchez, H. (2011). "Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity?". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 66B: (1), p:75-86.
- Ferreira, A. C. (2010). *Os que cuidam também sentem: Idadismo e bem-estar subjetivo nos cuidadores*. Oliveira de Azeméis: Temas&Lemas.

- Fischer, G. (1994). *Psicologia social do ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Folsom, J. C. (1964). Reality orientation for the mental patient. 122<sup>o</sup> annual meeting for the American Psychiatric Association. Atlantic City. New Jersey.
- Gabinete de Planeamento e Estratégia (GEP)., & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). (2015). carta social- rede de serviços e equipamentos 2015. Lisboa: GEP/MTSSS.
- Gaulejac, V. de., Bonetti, M., & Fraisse, J. (1995). *L'ingénierie sociale*. Paris: Syros.
- GERMI- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna (2015). Avaliação geriátrica (Retirado em 22 de dezembro de dois mil e dezassete de [https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)).
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos* (3<sup>a</sup>ed.). (D. Moreira, Trad. São Paulo, Brasil: Editora Perspetiva.
- Gomes, C. (2016). *Idosos com demências graves em lares são o dobro dos que vivem na comunidade*. Público.
- Gubrium, J. F. (1975). *Living and dying at murray manor*, Charlottesville: University Press of Virginia.
- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos. Identidade em risco ou identidade riscada?* Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos de uma sociologia de ação. O planeamento em ciências sociais* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Principia.
- Hirigoyen, M. F. (2011). *As novas solidões. Casal de cambra, Portugal: Caleidoscópio*.
- [http://www.seg-social.pt/documents/10152/604348/Portaria\\_n\\_67\\_2012\\_21\\_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e](http://www.seg-social.pt/documents/10152/604348/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e) (Acedido em três de junho de dois mil e dezassete).
- <http://www.seg-social.pt/idosos>(Acedido em três de junho de dois mil e dezasseis).
- INE. (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal*. Lisboa: INE
- Ingram, J. (2014). *Envelhecer sem esquecer? A evolução da memória e o alzheimer*. Lisboa: Clube do Autor, S. A.
- Lima, M. P. (2004). *Posso participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: AMBAR- Ideias no Papel, S.A.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s), estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lunt, P. K., & Livingstone, S. M. (1992). *Mass consumption and personal identity*. Buckingham: Open University Press.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

- McMillan, D., & Chavis, D. (1986). Sense of community: Definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, p:6-23.
- Merton, R. K. (1970). *Sociologia: teoria e estrutura*. São Paulo: Mestre Jou.
- Moos, R. H., & Lemke, S. (1994). *Group residences for older adults: Características físicas, políticas e clima social*. New York: Oxford University Press.
- Nunes, B., & Pais, J. (2014). *Doença de alzheimer. Exercícios de estimulação (2ª ed.)*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, M. A., Queiros, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos à autopoiese. *psic., saúde & doenças [Versão eletrónica]* vol.8, n.2, p:181-196. ISSN 1645-0086 (Retirado em dois de fevereiro de dois mil e dezoito de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf>.)
- Pais, M. J. (2006). “Nos rastros da solidão: Deambulações sociológicas”. Porto: Ambar.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de gerontologia*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O Lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora
- Pinto, C. (1998). “Empowerment: uma prática de serviço social. In Óscar Soares Barata (Coord.), *Política Social 1998*. Lisboa: ISCSP/UTL, p:245-277.
- PORDATA. (2011). *População residente segundo os censos: Total e por sexo (Retirado em doze de janeiro de dois mil e dezoito de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>).*
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2013). *Manual de investigação em ciências sociais (6ª ed.)*. Porto: Gradiva.
- Rebelo, J. E. (2009). *Amor, luto e solidão. Como construir e preservar o amor, que trilhos adoptar no divórcio e no luto e como evitar a solidão*. Alfragide: Casa das Letras.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Robertis, C. (2011). *Metodologia de intervenção em trabalho social*. Porto: Porto Editora.
- Rosnay, J. de., Servan- Schreiber, J.-L., Closets, Fr. De., & Simonnet, D. (2006). *Viver mais e melhor- uma longevidade ativa na sociedade atual*. Lisboa: Editorial Presença
- Santos, A. S. (2014). *O lar de idosos: lugar de vida ou de morte social? Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto*.
- Sarason, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey – Bass.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de projetos sociais. Casos Práticos*. Porto: Porto Editora

Silva, A. & Pinto, J. (2014). *Metodologia das ciências sociais (16ª ed.)*. Porto: Edições Afrontamento.

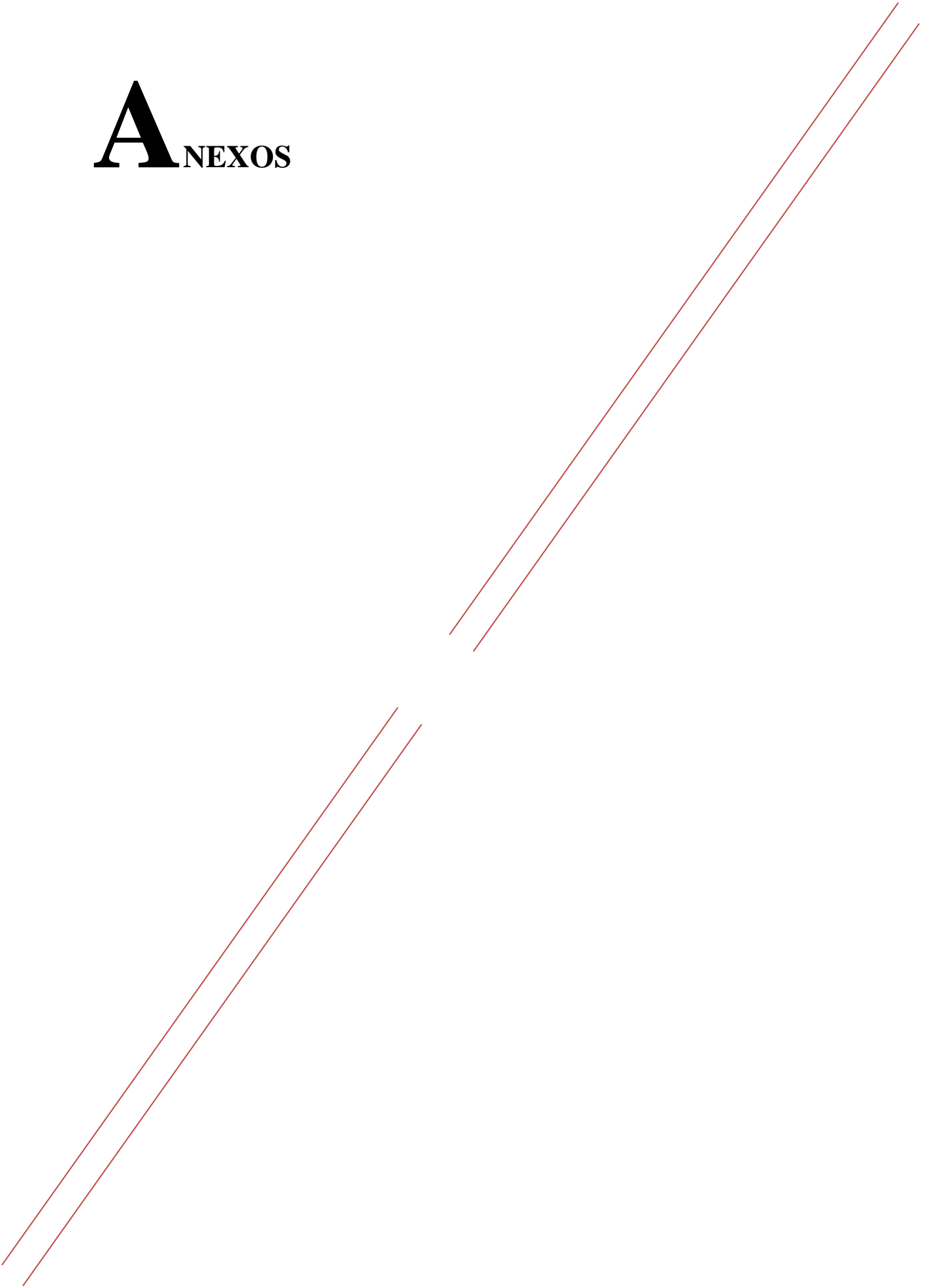
Viegas, S. M., & Gomes, A. C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. Suíça: WHO Library.

World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Suíça: World Health Organization.

**A**NEXOS



Instituto Superior de Serviço Social do Porto\*

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS – LARES DE IDOSOS  
SAMES – LAR (9)**

---

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS  
SAMES - LAR (9)**

1º Instrumento

**INQUÉRITO RELATIVO ÀS  
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ARQUITECTÓNICAS – ICFA**

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS  
SAMES - LAR (9)**

2º Instrumento

**INQUÉRITO RELATIVO ÀS  
CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO –  
ICOF**

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS  
SAMES - LAR (9)**

**3º Instrumento**

**Inquérito relativo às  
Características do pessoal e dos residentes – ICPR**

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS  
SAMES - LAR (9)**

4º Instrumento

ESCALA DE APRECIÇÃO AMBIENTAL - EAA

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS - LARES DE IDOSOS  
SAMES - LAR (9)**

5º Instrumento

**ESCALA DE CLIMA SOCIAL - ECS**

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DE EQUIPAMENTOS  
SOCIAIS – LARES DE IDOSOS  
SAMES - LAR (9)**

6º Instrumento

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES - DN

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

---

### Estado Cognitivo

#### Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

Questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas.

É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva.

A informação é obtida através do questionário directo ao idoso que pode ser aplicado por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

#### PONTUAÇÃO:

É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos.

A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.

	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27

**Tempo de aplicação:** 5-10 minutos

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

---

Estado Funcional

Actividades de Vida Diária Básicas

### Escala de Katz

Escala que permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as actividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD) : Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfincteres e Alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação directa do idoso e/ou do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente ( 0 ) ou Independente ( 1 ). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como Dependente nessa actividade.

### PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Dependência total	6

**Tempo de aplicação: 5 minutos**

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

---

*Estado Funcional*

*Actividades Instrumentais de Vida Diária*

### Escala de Lawton & Brody

Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

#### **PONTUAÇÃO:**

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependencia total	0
2-3	Dependencia grave	1
4-5	Dependencia moderada	2-3
6-7	Dependencia ligeira	4
8	Independente	5

**Tempo de aplicação:** 5 minutos

Fonte: GERMI, 2015, p:8

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

---

### Estado Afectivo

#### **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta**

Escala utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspectos cognitivos e comportamentais tipicamente afectados na depressão do idoso.

A informação é obtida através de questionário directo ao idoso. Pode ser aplicada por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

A escala de Yesavage tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões. A versão curta está validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é a mais utilizada.

É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto.

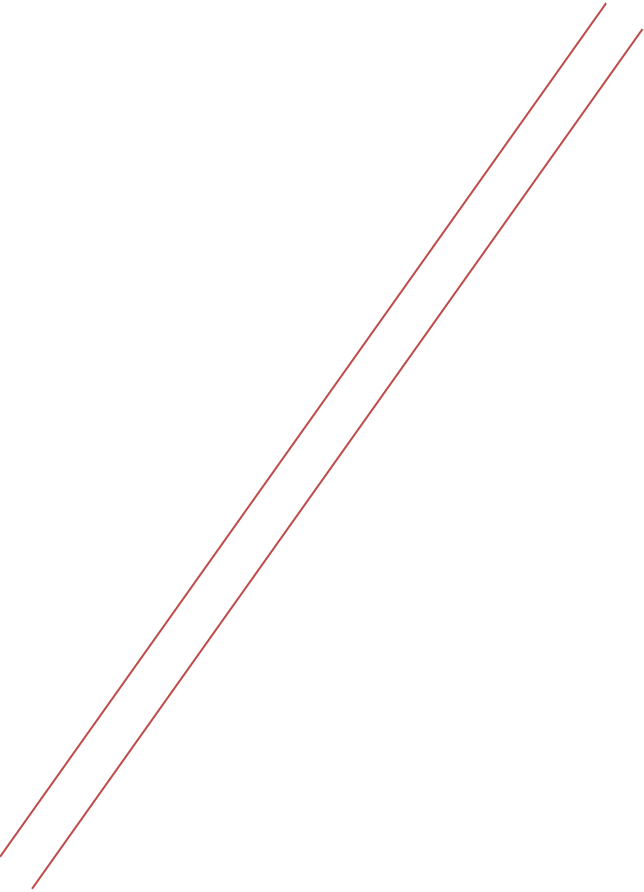
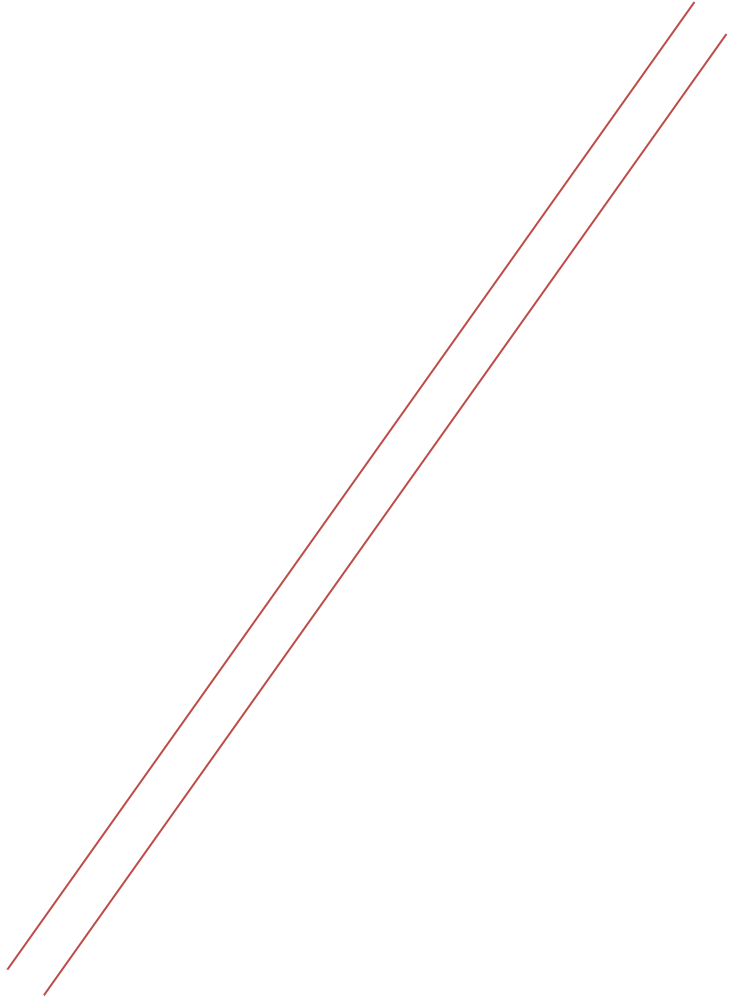
#### **PONTUAÇÃO:**

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias :

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

**Tempo de aplicação: 6 minutos**

# **A**PÊNDICES



## APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO



Autora: Filipa Alexandra Fernandes Simões  
(Assistente Social/ Aspirante a Mestre em Gerontologia Social)

O presente Trabalho de Projeto denominado “Use It or Lose It” procura alterar as rotinas e atividades desenvolvidas em contexto Institucional, com vista à efetiva participação, integração, tomada de decisão e Estimulação Cognitiva dos Indivíduos. Para que seja possível inferir a influência da Estimulação como ferramenta capaz de promover a mudança e a manutenção de processos de Envelhecimento ativos e saudáveis, gostaríamos de contar com a sua tão importante participação.

Queremos salientar que a sua presença é voluntária e em nenhum momento será obrigatória. Como tal, poderá abandonar as sessões em qualquer ocasião sem que se verifique qualquer tipo de penalização. Informamos, também, que nenhuma informação fornecida e recolhida será revelada ou exposta a terceiros, sendo totalmente confidenciais.

Após compreender a informação anteriormente mencionada, declaro que pretendo participar no Trabalho de Projeto acima designado:

---

(Assinatura)

---

(Data)