

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social sob orientação do Professor Doutor José Alberto Reis.

Melissa de Sá Vieitas

Dezembro de 2015

AGRADECIMENTOS

*Um dia decidi,
E um dia terminei,
Esta dissertação escrevi,
E para o resto da vida a guardarei.*

*Em poucas palavras quero agradecer,
Por todo o apoio que me deram,
Muito apreço por eles irei sempre ter,
E bem sei que pelo meu sucesso esperam.*

Aos meus pais que desde sempre me incentivaram a lutar pelo meu futuro e por uma vida melhor.

Ao meu irmão pela suas palavras nos momentos em que vacilei.

Ao meu Manel pela presença e amor incondicional.

Aos meus utentes, minha inspiração, pela partilha e pela amizade.

À minha equipa por não me deixar baixar os braços.

Ao professor José Alberto pela prontidão em aceitar o meu pedido como orientanda.

Resumo

Assistimos hoje a um fenómeno demográfico caracterizado pelo envelhecimento populacional, marcado por aspetos socioculturais, políticos e económicos com consequências na vida da sociedade em geral. Perante as alterações vivenciadas no seio familiar, a institucionalização afirma-se como a solução que melhor responde às necessidades de um idoso que vê a sua dependência e/ou autonomia limitada, não permitindo que permaneça no seu domicílio.

Com o objetivo de avaliar o impacto do processo de institucionalização na vida dos idosos foi desenvolvido um estudo de caso numa instituição do concelho de Viana do Castelo. O estudo contou com a participação de 15 idosos institucionalizados, tendo-se utilizado técnicas de recolha de informação como a análise documental, a observação e o inquérito por questionário. Os resultados obtidos apontam para diferentes perceções quanto às mudanças na vida dos idosos participantes após o ingresso no lar, estando estas relacionadas com o motivo de ingresso no lar, a história de vida, as condições de vida, a retaguarda familiar de que dispõe, o grau de dependência e o poder de decisão/ autonomia. O lar de idosos depara-se assim com o desafio de promover o envelhecimento ativo dos idosos aí residentes, cabendo-lhe o importante papel de recriar uma imagem mais positiva do idoso enquanto indivíduo integrado num meio influenciado por diversos e determinantes fatores.

Palavras-chave : envelhecimento, idoso, institucionalização, autonomia e envelhecimento ativo.

Abstract

We are witnessing nowadays a demographic phenomenon characterized by population ageing, marked by socio-cultural, political and economic aspects with consequences in the life of society in general. Considering the changes experienced within the family, institutionalization is emerging as the solution that best meets the needs of an elderly person who sees their dependence and/or autonomy limited, not allowing them to remain in their homes.

In order to perceive the view of the own elderly with regard to the institutionalization process, a case study was developed in an institution in Viana do Castelo. The study had the participation of 15 institutionalized elderly, having used information-gathering techniques such as document analysis, observation and questionnaire survey. The results point to different perceptions regarding changes in the lives of elderly participants after entering the home; these are related to the reason for entering the home, their life history, living conditions, the support they get from the family, the degree of dependence and the decision-making power / autonomy. The nursing home is thus faced with the challenge of promoting active ageing of the elderly living there, performing a crucial role in re-creating a more positive image of the elderly as an individual integrated into an environment influenced by several and determinant factors.

Keywords: ageing, elderly, institutionalization, autonomy and active ageing.

Résumé

Nous assistons aujourd'hui à un phénomène démographique caractérisé par le vieillissement populationnel, marqué par des aspects socioculturels, politiques et économiques, ayant des conséquences dans la vie de la société en général. Devant les changements vécus au sein de la famille, l'institutionnalisation s'affirme comme la solution qui répond le mieux aux besoins d'une personne âgée qui voit sa dépendance et/ou autonomie limitée, ne permettant pas qu'elle reste dans sa demeure.

Ayant pour but d'évaluer l'impact du processus d'institutionnalisation dans la vie des personnes âgées, une étude de cas a été développée dans une institution de la commune de Viana do Castelo. L'étude a compté sur la participation de 15 personnes âgées institutionnalisées et on a utilisé des techniques de collecte d'information comme l'analyse documentaire, l'observation et l'enquête par questionnaire. Les résultats obtenus affirment différentes perceptions quant aux changements dans la vie des personnes âgées participantes après l'entrée dans la maison de repos, qui sont liées au motif de l'entrée dans la maison de repos, l'histoire de vie, les conditions de vie, l'arrière-garde de la famille dont elles disposent, le degré de dépendance et le pouvoir de décision / autonomie. La maison de repos rencontre ainsi le défi de promouvoir le vieillissement actif des personnes qui y résident, ayant le rôle majeur de recréer une image plus positive de la personne âgée en tant qu'individu intégré dans un milieu influencé par des facteurs divers et déterminants.

Mots-clés : vieillissement, personne âgée, institutionnalisation, autonomie et vieillissement actif.

Índice

Introdução	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Envelhecimento	3
1.1.1. Desenvolvimento e envelhecimento do indivíduo ao longo do ciclo de vida ..3	
1.1.2. Envelhecimento demográfico	9
1.1.3. Envelhecimento ativo	15
1.1.4. Do envelhecimento activo ao envelhecimento bem-sucedido/ ótimo	18
1.2. O envelhecimento como problema social	20
1.2.1. O papel do idoso na sociedade	20
1.2.2. Ecologia Ambiental: a questão pessoa-ambiente	26
1.2.3. A institucionalização: um meio promotor do envelhecimento ativo?	30
1.2.4. Identidade na velhice	38
2. ESTUDO DE CASO: O impacto da institucionalização na vida dos idosos	42
2.1. Metodologia	42
2.2. Caracterização Institucional	46
2.3. Apresentação dos resultados	58
2.4. Análise dos resultados e conclusões	68
Considerações finais	77

Referências bibliográficas	81
ANEXOS	86
Anexo A: Pedido de autorização de realização de estudo	86
Anexo B: Inquérito e consentimento informado	87
Anexo D: Análise de conteúdo	105
Anexo E: Grelhas de observação	111

Índice de figuras

Figura 1 : Pirâmide etária	15
----------------------------------	----

Índice de tabelas

Tabela 1 : Estimativas da população residente em Portugal em 31/XII/2010.....	13
Tabela 2 : Distribuição etária e índice de envelhecimento da Região Norte	13
Tabela 3 : Funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária à luz das características sociodemográficas	70
Tabela 4 : Retaguarda familiar segundo grau de dependência na funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária	71
Tabela 5 : Diferenças no padrão de visitas antes e depois da institucionalização.....	72
Tabela 6 : Diferenças na frequência de visitas antes e depois da institucionalização	72

Introdução

O envelhecimento humano não é apenas um problema demográfico, mas também um fenómeno complexo que envolve aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos (Carvalho & Dias, 2011). A reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno de envelhecimento.

A alteração dos modos de vida dos membros de uma família, cujos membros são vistos como possíveis cuidadores, marcada pela dificuldade de conciliação entre a vida profissional e as necessidades e os cuidados de que os mais idosos da família necessitam, afirmam a institucionalização como única solução possível (Daniel, 2006). Por seu turno, Martins (2006) afirma que a institucionalização é vista, muitas vezes, como a última etapa do ciclo de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno, implicando por isso uma rutura com o quotidiano. Envolvendo valores, responsabilidades, crenças e necessidades, o processo de institucionalização é entendido como um tabu, pois trata-se de uma problemática social e familiar, associada a tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional (Carvalho & Dias, 2011).

Algumas investigações apresentam críticas negativas sobre a institucionalização, frisando sobretudo o declínio físico, psicológico e social que daí resulta quando se estabelecem comparações com idosos que ainda residem na comunidade. A presente investigação, assente no contributo de Vaz (2009) que acredita na possibilidade de os lares de idosos serem meios promotores de qualidade de vida através da criação de atividades que ajudam os idosos a combater a solidão e a imobilidade. O estudo de caso que será apresentado trata a realidade de uma estrutura residencial para idosos do concelho de Viana do Castelo, e pretende avaliar o impacto do processo de institucionalização na vida dos idosos.

A dissertação encontra-se organizada em quatro partes principais. Na primeira parte começa-se por fazer enquadramento teórico do fenómeno do envelhecimento nas suas diversas dimensões, e num segundo momento são abordadas questões relacionadas com a institucionalização. Na segunda parte apresentam-se os aspetos metodológicos, a caracterização da instituição, os resultados obtidos e a sua discussão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento.

1.1.1. Desenvolvimento e envelhecimento do indivíduo ao longo do ciclo de vida.

Paúl (2005a) refere que o conceito de envelhecimento e os modos como se encaram os mais velhos têm sofrido alterações, refletindo a evolução a nível do conhecimento sobre a fisiologia e a anatomia humanas, assim como da cultura e das relações sociais. Foi a partir dos anos 80 que a área da Gerontologia ganhou força resultando na sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecimento. Desde o início que se releva a necessidade de uma visão pluridisciplinar do processo de envelhecimento, sendo este processo objeto de estudo de várias ciências.

A autora supracitada constata que embora a idade cronológica esteja relacionada com o processo de envelhecimento, esta não é um bom critério para estudar este processo, uma vez que o número de anos que um indivíduo viveu não dá, necessariamente, informação sobre a sua qualidade de vida, experiência psicológica ou social ou mesmo a sua saúde. Desta forma, Rabbin (2000, como citado por Paúl, 2005a) afirma que mesmo num modelo biológico, o envelhecimento deverá ser encarado numa perspetiva fisiológica relativamente às mudanças do seu corpo, podendo existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica. Por seu turno, Schaie (1992, como citado por Paúl, 2005a), referindo-se ao domínio cognitivo, defende que as pessoas mantêm seletivamente algumas capacidades cognitivas, enquanto outras se deterioram, pois uma vez que se trata de um declínio de natureza diferencial, este não afeta todos os indivíduos de modo uniforme, nem mesmo depois dos 80 anos de idade. Shock (1985, como citado por Paúl, 2005a) vê o envelhecimento como um processo fortemente individualizado, no qual, à medida que a idade avança, as diferenças interindividuais aumentam resultando num padrão de maior vulnerabilidade. Paúl (2005a) conclui assim que a variabilidade interindividual dos idosos é superior à verificada noutros grupos etários.

Do ponto de vista da investigação do processo de envelhecimento, é importante atender ao modo como se investiga e saber se aqueles métodos de estudo são os mais adequados. Paúl (2005a) enfatiza a opção por estudos transversais versus estudos longitudinais, no sentido de permitir verificar mudanças ao longo do tempo e distinguir os problemas da idade dos da coorte e relativos à história.

Schaie e Willis (2003) referem que o campo do desenvolvimento adulto e envelhecimento é relativamente recente. As mudanças sócio-demográficas da atualidade vieram despertar um maior interesse no estudo do desenvolvimento na idade adulta e na velhice. Devido ao facto de a medicina ter avançado e as condições de vida terem melhorado, regista-se um aumento da população idosa, conduzindo a um maior interesse nos estudos sobre a 3ª idade. Regista-se ainda um avanço ao nível dos estudos realizados, tendo-se atingido um conhecimento exaustivo, semelhante à psicologia do desenvolvimento da criança. De acordo com Poon e Welford (1980, como citado por Schaie & Willis, 2003), o número de publicações sobre a psicologia do envelhecimento aumentou de 0 para mais de 600.

As crenças comuns sobre o processo de envelhecimento resultam em estereótipos negativos que consistem em imagens simplificadas e fechadas de como são os idosos, afetando a conduta dos idosos, jovens e adultos que interagem com os idosos. Sendo os idosos descritos como desinteressantes e incompetentes, os próprios começam a aceitar essa descrição sobre eles mesmos, acabando por evitar quaisquer interações sociais e recusando participar em novas atividades porque se assumem como incapazes. Conduz ainda a que ignorem sintomas físicos referentes a doenças tratáveis porque os assumem como algo associado ao processo de envelhecimento. Este aspeto tem sido também alvo de estudo na medida em que estes estereótipos negativos conduzem ao idadismo (Schaie & Willis, 2003) e à exclusão dos idosos nas várias atividades da sociedade.

Baltes (1979, como citado por Schaie & Willis, 2003) apresenta três tipos de influências que regulam a natureza do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida:

- Influências normativas associadas à idade: fatores biológicos e ambientais que estão fortemente associados à idade cronológica;
- Influências normativas associadas à história: acontecimentos experimentados por uma dada cultura ou coorte num momento particular; e
- Influências não normativas: acontecimentos que podem ser significativos na vida de uma pessoa concreta, o que não significa que tenha de ser experimentado pelos outros.

Na idade adulta inicial, as perdas físicas revelam-se impercetíveis uma vez que são pequenas e graduais. A senescência, definida como o período do ciclo de vida marcado por mudanças a nível físico associadas ao envelhecimento, têm início variável de indivíduo para indivíduo. Segundo Williams (1992, como citado por Papalia, Olds & Fieldman, 2006), as mudanças fisiológicas na terceira idade variam muito, podendo, ainda, muitos dos efeitos serem resultado de doenças, e não causas. A capacidade de reserva, que consiste na capacidade de auxílio que ajuda os sistemas funcionais a funcionar em momentos stressantes, cujo declínio afeta gravemente a saúde, com a idade os níveis de reserva tendem a diminuir. Embora o declínio desta capacidade seja impercetível na vida diária, de uma forma geral, os idosos não conseguem responder às demandas físicas de situações stressantes com a mesma rapidez e eficiência.

Apesar de se registarem acentuados declínios no funcionamento sensorial e psicomotor, estes não têm qualquer influência na vida quotidiana, exceto nos “idosos velhos” que apresentam dificuldades ao nível das atividades, da vida social e da independência.

A saúde tende a diminuir com a idade. Grande parte dos idosos tem um ou mais problemas crónicos de saúde. A hipertensão, a diabetes, as doenças cardíacas, o colesterol e as artrites são as doenças mais comuns nos idosos. Se por um lado a saúde diminui, por outro a procura de serviços médicos aumenta. Atividade física, nutrição e outros estilos de vida saudáveis são fatores que influenciam a saúde de forma positiva.

Na velhice, a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson e a doença de enfartes múltiplos são as mais comuns.

Papalia e colaboradores (2006) defendem que o desempenho cognitivo é irregular durante a idade adulta, sendo que capacidades diferentes atingem o pico máximo em idades diferentes. Enquanto umas capacidades cognitivas melhoram com a idade, outras deterioram-se. Os itens verbais que se mantêm com a idade baseiam-se em conhecimento, o que não requer que se imagine ou faça algo novo. As tarefas de desempenho que englobam o processamento de novas informações, exigem rapidez perceptual e habilidades motoras, o que pode constituir uma dificuldade para os mais idosos.

O retardamento geral no funcionamento do sistema nervoso tem influência nas mudanças das capacidades cognitivas e da eficiência no processamento da informação. Segundo Birren e colaboradores (1980, como citado em Papalia et al, 2006), quanto mais complexa é uma tarefa, mais este retardamento se torna evidente, principalmente no funcionamento não verbal.

Verhaegen e Salthouse (1997, como citado por Papalia et al, 2006) defendem que capacidades cognitivas específicas, como raciocínio, habilidades espaciais e memória não regredem tão rapidamente como a velocidade de processamento. Por seu turno, Blanchard-Fields, Chen e Norris (1997) defendem que as capacidades instrumentais, isto é, dependentes do processamento de informação, declinam com a idade, o que não se aplica à resolução de problemas interpessoais. Schaie (1994; 1996) defende que a deterioração cognitiva poderá estar relacionada com a falta de uso. Desta forma, Dixon e Baltes (1986) vêm acrescentar que o exercício mental poderá ser útil para manter ou expandir a capacidade de reserva.

Enquanto as pesquisas de Field e Millsap (1991, como citado por Papalia et al, 2006) defendem que certas dimensões da personalidade mudam, os trabalhos de Costa e McCrae (1994,1996) demonstram que os traços de personalidade se mantêm na 3ª

idade. Por seu turno, Baltes, Lindenberger e Staudinger (1998) acrescentam que alguns traços persistentes contribuem para a adaptação ao envelhecimento, podendo predizer a saúde e a longevidade. Costa e McCrae (1994) defendem que a personalidade se torna mais rígida na 3ª idade.

Grande parte dos idosos recusa em sobrecarregar a sua família e em abrir mão da sua própria liberdade. Este esquema de vida poderá prejudicar as relações interpessoais. Viver em instituições é uma outra alternativa, contudo esta opção é entendida como um sinal de rejeição por parte da sua família e como um local que é apenas frequentado por doentes e incapazes.

De acordo com Lachs e Pillemer (1995, como citado por Papalia et al, 2006), ao contrário da crença popular, a maioria dos abusos e maus tratos com idosos não ocorre em instituições, mas no domicílio dos próprios idosos. Estes maus tratos costumam acontecer com idosos fragilizados ou dementes, sendo maioritariamente praticados pelos cônjuges como resposta à sobrecarga do papel de cuidador.

Os relacionamentos com a família e os amigos desempenham papéis diferentes para os idosos. As amizades conferem uma influência positiva ao bem-estar, enquanto as famílias constituem a fonte primordial de apoio emocional. É de referir que as mudanças sócio-demográficas que se fazem sentir, nomeadamente o aumento da esperança média de vida, têm vindo a modificar a forma como as relações são vistas.

O casamento de longa duração é um fenómeno relativamente recente, e encontra-se relacionado com o aumento da esperança média de vida. O divórcio na 3ª idade é um acontecimento raro. Esta decisão é tomada mais cedo, numa idade mais jovem. Homens mais velhos divorciados e separados sentem-se menos satisfeitos com as amizades e atividades de lazer do que os homens casados.

De acordo com Dykstra (1995, como citado por Papalia et al, 2006), pessoas mais velhas que nunca se casaram são mais propícias do que idosos divorciados ou viúvos a preferir uma vida de solteiro e menos propensas a se sentirem solitárias. As mulheres

solteiras e solitárias, tendem a ver a sua saúde perdida, destabilizando a sua auto-estima e prejudicando gravemente as suas relações interpessoais.

Tal como referido anteriormente, os idosos tendem a ser muito seletivos nas suas amizades. De acordo com Hartput e Stevens (1999, como citado por Papalia et al, 2006), as amizades na 3ª idade centram-se na camaradagem e no apoio. As pessoas que têm com quem confidenciar os seus sentimentos e os seus pensamentos e que sabem conversar sobre as suas preocupações e o seu sofrimento, lidam melhor com as mudanças e as crises na velhice, sendo que esta tendência prolonga a vida. Antonucci e Akiyma (1995) acrescentam que os idosos passam mais tempo com os seus amigos do que com a família. Enquanto os amigos são uma poderosa fonte de prazer imediato, a família fornece segurança e apoio emocional. É de referir que existem situações em que amigos e vizinhos assumem o lugar de familiares que estão distantes. Seguindo a ideia de Hartup e Stevens (1999), de acordo com as teorias da seletividade socioemocional e do comboio social, amigos causais podem ficar para trás, enquanto amizades antigas costumam persistir até idades avançadas.

Troll e Fingerman (1996, como citado por Papalia et al, 2006) defendem que, de acordo com a teoria da seletividade socioemocional, à medida que se envelhece, procura-se passar mais tempo com aqueles que lhe são mais próximos. Os filhos provêm uma ligação com outros membros da família: os netos. Field, Minkler, Falk e Leino (1993) referem que um maior contacto com a família permite uma melhor percepção de saúde. Begtson et al. (1990, 1996) referem que o equilíbrio mútuo estabelecido entre pais e filhos tende a mudar com o envelhecimento dos pais, verificando-se uma maior parcela de apoio. Pais mais velhos também demonstram um forte interesse pelos seus filhos, pensando neles com frequência, auxiliando-os quando necessário.

A relação entre irmãos é também relevante na 3ª idade. De acordo com Conidis e Davies (1992, como citado por Papalia et al, 2006), quanto mais próximas as pessoas mais velhas vivem dos seus irmãos e quantos mais irmãos têm, maior é a probabilidade de trocarem confidências. O conflito e a rivalidade, geralmente, diminui na velhice, e

alguns irmãos tendem a diminuir os conflitos, todavia existem situações em que estes perduram. A morte de um irmão pode ser entendida como um acontecimento normal, assim como pode ser motivo de solidão e depressão.

O aumento da esperança média de vida tem permitido a relação neto-bisavô. Os bisavós trazem um senso de renovação pessoal e familiar, uma fonte de diversão e uma marca de longevidade.

1.1.2. Envelhecimento demográfico.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que tem vindo a desenvolver-se ao longo do tempo acentuando-se nas últimas décadas.

O conceito de envelhecimento demográfico é definido pela relação entre a população jovem e a população idosa. Este fenómeno decorre de uma diminuição da taxa de natalidade e da taxa de mortalidade, observando-se um aumento da esperança média de vida.

O envelhecimento demográfico é caracterizado como a revolução demográfica do século XXI. Na antiguidade histórica as sociedades eram caracterizadas pela existência de uma elevada taxa de população jovem. Até ao início do século XIX a taxa de natalidade era alta, o que refletia o desconhecimento de métodos contraceptivos e a preservação das tradições familiares e a religião.

Segundo Barata (1989), no século XVIII assistiu-se a um “boom populacional” na Europa, sendo que apenas foi sentido em Portugal a partir da década de 70. Este aumento populacional ocorreu devido a uma multiplicidade de fatores de cariz económico como resultado da Revolução Industrial, que conduziu a alterações no modo de vida das sociedades, caracterizada por migrações do campo para a cidade que, conseqüentemente, se repercutiu numa melhoria das condições de vida. Embora inicialmente tivessem existido algumas dificuldades de organização (inexistência de

redes de esgotos, habitações precárias e insuficientes para acolher um grande número de população), estas rapidamente foram ultrapassadas, dando origem ao desenvolvimento de conhecimentos de cariz tecnológico e de saúde, a nível medicinal em que se destaca a descoberta da vacina. Esta evolução conduziu à amplificação da esperança média de vida e à redução da taxa de mortalidade, fomentando o crescimento populacional (Nazareth, 2009).

O aumento da taxa de natalidade pode ser explicado pela necessidade de mão-de-obra, no contexto da revolução industrial na qual as famílias viam nos filhos uma fonte de rendimento (o trabalho infantil era muito utilizado nesta época), daí que optassem por ter muitos filhos.

No caso específico de Portugal, o crescimento populacional só se fez sentir a partir da década de 70, uma vez que até lá a guerra colonial e o regime ditatorial fez com que muitas pessoas emigrassem. A partir do 25 de Abril muitos emigrantes, que se encontravam nas ex-colónias e os soldados que se encontravam na guerra colonial, voltaram, o que contribuiu para o crescimento da taxa de natalidade. Na década de 90, Portugal começa a encarar uma nova realidade resultante da imigração na qual surgem novas ideias e novos prismas sociais e culturais (um dos exemplos trata-se da emancipação da mulher no mundo do trabalho, ao qual Portugal ainda não estava habituado tendo em conta que aqui a mulher era principalmente dona de casa).

A saúde, a assistência social e as sequentes melhorias das condições de vida contribuíram para o aumento da esperança média de vida, que perdura e se vai acentuando ao longo dos anos.

As populações viram-se a crescer e a envelhecer a um ritmo alucinante consumando alterações na sua demografia, na qual o topo da pirâmide aumentou de forma acentuada e em alguns casos a base manteve-se e/ou diminuiu. Alves (2012) aponta que esta estrutura demográfica é consequência de distintos fenómenos na qual se sobressaem: a

diminuição da taxa de natalidade, a melhoria das condições de vida/ saúde, as migrações que tiveram como impulso a urbanização e a emancipação da mulher.

A diminuição da taxa de natalidade é resultado do decréscimo da taxa nupcial e dos casamentos tardios, pois as pessoas acabam por investir cada vez mais na sua carreira profissional para alcançarem prósperas condições económicas. Os encargos sociais, o planeamento familiar e a divulgação dos métodos contraceptivos também contribuíram para tal.

Um fator que está diretamente relacionado com a diminuição da natalidade é a emancipação da mulher tendo em conta que esta, após a revolução industrial, entrou no mundo do trabalho, passando a assumir um outro papel na sociedade para além de dona de casa e mãe. Tal acabou por prolongar o período de qualificação, conduzindo à interdição da mulher no mundo laboral, tendo uma maior participação na vida ativa.

As melhorias das condições de vida e de saúde também cooperaram para este fenómeno demográfico, contribuindo para a prevenção, curas e reabilitação. É de salientar a importância da descoberta da vacina que veio evitar doenças, bem como o desenvolvimento tecnológico que trouxe novos equipamentos. Este avanço na medicina originou uma redução acentuada da doença e da taxa da mortalidade.

A melhoria das condições de vida decorrem das progridas condições económicas, da criação de medidas de apoio à velhice (como por exemplo a pensão de velhice), ao desemprego e à natalidade, sendo assim uma maior fonte de receitas e/ou de apoio às famílias. Este também está relacionado com as migrações e com a urbanização.

Os fatores políticos deram o seu contributo através da implementação de apoios sociais, traçando políticas que vêm apoiar aqueles que apresentam maior necessidade, por velhice, dependência, desemprego, etc.

Comparando os Censos de 2001 e 2011 (INE, 2011) regista-se um aumento da população portuguesa, tanto residente como presente. A população residente¹ aumentou de 10 356 117 para 10 555 853, enquanto a população presente² aumentou de 10 148 259 para 10 476 291. É de referir que a tendência de a população feminina ser superior à população masculina se mantém em 2011. Curiosamente, na sub-região Minho-Lima a população residente, entre 2001 e 2011, diminuiu de 250 275 para 244 947, enquanto a população presente diminuiu de 243 714 para 239 319. Consequentemente, a população dos 10 concelhos que constituem a sub-região Minho-Lima diminuiu, à excepção dos concelhos de Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, que, respectivamente, entre 2001 e 2011, regista um aumento da população residente de 88 631 para 88 767, e de 8 852 para 9 297.

De acordo com as estimativas de população residente em 31/XII/2010 (INE, 2011), Portugal regista uma população total de 10 636 979, dos quais 5 146 643 são homens e 5 490 336 são mulheres. Por grupo etário, a população portuguesa divide-se da seguinte forma: 0-14 anos: 1 607 734; 15-24 anos 1 162 885; 25-64 anos: 5 934 933; e 65 ou mais anos: 1 931 457. Regista um índice de envelhecimento³ de 120,1 (INE, 2011).

¹ Pessoas que, independentemente de no momento da observação estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus pertences (PORDATA, sd).

² Pessoas que no momento da observação se encontram numa unidade de alojamento, mesmo que aí residam, ou que, mesmo não estando presentes lá chegam até às 17h desse dia (PORDATA, sd).

³ Relação entre a população idosa e a população jovem definida habitualmente como o quociente entre o nº de pessoas com 65 ou mais anos e o nº de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (PORDATA, sd).

Tabela 1: Estimativas da população residente em Portugal em 31/XII/2010 (INE, 2011)

População total: 10.637.009	
Faixa etária	Nº de pessoas
0-14 anos	1.607.734
15-24 anos	1.162.885
25-64 anos	5.934.933
+ 65anos	1.931.457
Índice envelhecimento: 120,01	

Seguindo esta tendência, a Região Norte apresenta uma população total de 3 741 092 habitantes. Por seu turno, a população da Região Norte distribui-se da seguinte forma, por grupo etário: 0-14 anos: 565 506; 15-24: 439 108; 25-64 anos: 2 133 680 e; 65 ou mais anos 602 798. Regista um índice de envelhecimento de 106, 6. Ou seja, as tendências demográficas desta região acompanham as tendências nacionais, refletindo-se na tendência para o envelhecimento.

Tabela 2: Distribuição etária e índice de envelhecimento da Região Norte (INE, 2011)

População total da Região Norte: 3.741.092	
Faixa etária	População
0-14 anos	565.506
15-24 anos	439.108
25-64 anos	2.133.680
+ 65anos	602.798
Índice envelhecimento: 106,6	

Viana do Castelo é um dos distritos que pertence à Região Norte. Apresenta uma população total de 249 312 habitantes, dos quais 117 685 são homens e 131 625 são mulheres. Por grupo etário, a população distribui-se da seguinte forma: 0-14 anos: 32 210; 15-24 anos: 27 513; 25-64 anos: 136 644 e; 65 anos ou mais: 52 945. Apresenta

um índice de envelhecimento de 164,4. Dos dez concelhos que constituem o distrito de Viana do Castelo, os concelhos de Arcos de Valdevez, Melgaço, Monção e Paredes de Coura são os mais envelhecidos, apresentando, respetivamente, o seguinte índice de envelhecimento: 257,8; 380, 5; 263,0; e 218,8.

De acordo com os dados do INE, entre 1960 e 2008 regista-se um aumento da população de 8,9 milhões para 10 milhões (Rosa & Chitas, 2010). Contudo, este aumento não é linear, sendo a década de 70 marcada por um decréscimo populacional, devido a fatores económicos, sociais e políticos. A demografia portuguesa caracteriza-se pela baixa fecundidade, pelo aumento da esperança média de vida e pelo envelhecimento populacional.

Relativamente à natalidade, de acordo com os dados do INE, observa-se que em 1960 o número médio de filhos por mulher era de 3,2, tendo diminuído em 2008 para 1,4. Rosa e Chitas (2010) concluem que as mulheres optam por ter filhos mais tarde e em menor número.

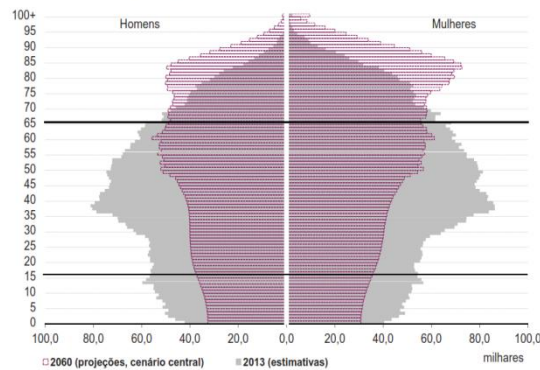
A drástica redução da taxa de mortalidade infantil é uma das maiores vitórias a assinalar no período compreendido entre os anos 60 até 2008, registando-se uma diminuição de 77,5% para 3,3%.

O aumento da esperança média de vida conduz a uma forte revolução demográfica: o envelhecimento populacional. Comparando os anos de 1960 e 2007, de acordo com os dados do INE observa-se que nas mulheres aumentou de 66 para 82 anos, enquanto nos homens aumentou de 61 para 76 anos. Desta forma afirma-se que a estrutura etária está envelhecer, o que traz dificuldades à sociedade em geral.

Desde os anos 60 que Portugal se tem tornado um forte destino de imigrantes de diversas nacionalidades. A existência da imigração é um factor importante uma vez que estas populações se encontram em idades ativas e de grande fertilidade. Esta constitui um forte fator de crescimento do país.

Assistimos hoje a um boom demográfico caracterizado pelo envelhecimento populacional, sendo que se prevê que esta tendência se agrave no futuro, tal como se pode verificar na figura 1.

Figura 1: Pirâmide etária (INE, 2014)



1.1.3. Envelhecimento ativo.

O conceito de envelhecimento ativo, apresentado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surge na sequência do envelhecimento saudável, baseado em termos como envelhecimento ótimo e envelhecimento bem-sucedido (Ribeiro & Paúl, 2011). Este novo conceito afirma-se como mais abrangente, indo além da saúde, alargando-se, por isso, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, todos eles integrados num modelo multidimensional. Este modelo é ainda entendido como sendo mais consensual, uma vez que preceitua a qualidade de vida e a saúde dos idosos, com manutenção da autonomia física, psicológica e social, estando integrados em sociedades seguras e que assumem uma sociedade plena. O termo “ativo” procura expressar a visão do envelhecimento como uma experiência positiva, nomeadamente, uma vida mais longa acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança (OMS, 2005).

Entendendo o envelhecimento ativo como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o intuito de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento, Ribeiro e Paúl (2011) defendem que, seguindo uma perspectiva de curso de vida, envelhecer não se inicia especificamente num dado momento do ciclo de vida, mas diz respeito a todo um processo que se estende ao longo da vida e a história individual é construída progressivamente e materializa-se em resultados heterogêneos e idiossincráticos. Kalache e Kicibusch (1997, como citado por OMS, 2005) acrescentam que este novo modelo permite reconhecer que existem outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem, sendo que estes vão além da saúde. O novo modelo depende, por isso, de processos de autoregulação emocional e motivacional, pelo que Ribeiro e Paúl (2011) destacam conceitos como autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida, na medida em que se deve ter em conta os aspetos valorizados pelos próprios idosos na definição do seu bem-estar e na adequação do ambiente social e físico.

Tendo em conta estas afirmações, os autores alegam que o modelo é dependente de diversos determinantes, sendo estes de :

- ordem pessoal - fatores biológicos, genéticos e psicológicos;
- ordem comportamental - estilos de vida saudável e participação ativa;
- ordem económica - rendimentos, proteção social e oportunidades de trabalho digno;
- meio físico - acessibilidades, meios de transporte, moradias e vizinhança, água limpa, ar puro e alimentos;
- ordem social - apoio social, educação e alfabetização e prevenção de violência e abusos; e,
- serviços sociais e de saúde disponíveis.

Todos estes determinantes desdobram-se em inúmeros aspetos que conduzem à emergência de políticas a implementar pelos governos e instituições, todavia todas estas ações revelam-se escassas.

A abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (Ribeiro & Paúl, 2011). Esta abordagem releva a responsabilidade dos idosos no exercício da sua participação nos vários aspetos do seu quotidiano, o que requer ações ao nível de três pilares: saúde, segurança e participação social. Tais ações requerem que se vá além dos serviços sociais e de saúde, pelo que se declaram pertinentes ações ao nível da educação, do emprego, da habitação, da solidariedade entre gerações e do desenvolvimento rural e urbano.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011), os pilares em que o envelhecimento ativo assenta mostram a dimensão e a complexidade do conceito, sendo atribuída a cada indivíduo a responsabilidade de operacionalizar os contextos comunitários. A cultura e o género declaram-se fatores determinantes transversais e filtros de toda a compreensão do fenómeno. Tais considerações, levam a concluir que os caminhos para o envelhecimento ativo são diversificados, tal como as trajetórias individuais do envelhecimento.

A OMS (2005) refere que os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais, sendo que para superar estes desafios é necessário um planeamento inovador e reformas políticas substanciais.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos como a grupos populacionais, uma vez que permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida. Tais ações permitem que os indivíduos participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, assim como proporcionam proteção, segurança e cuidados adequados. Esta abordagem enfatiza a

responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos processos políticos e outros aspetos da vida em comunidade (OMS, 2005).

O termo “ativo” refere-se à participação contínua das questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005). Por seu turno, o termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, pelo que um projeto de envelhecimento ativo deve incluir políticas e programas que promovam a saúde mental e as relações sociais. De acordo com a OMS (2005), manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento declara-se uma meta fulcral para indivíduos e governantes, pelo que a interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo.

Uma abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de políticas e programas declara-se fulcral para a reunião dos muitos desafios inerentes tanto ao envelhecimento individual, como ao envelhecimento populacional (OMS, 2005). Esta abordagem releva a responsabilidade dos mais velhos na execução da sua participação nos processos políticos e outros aspetos da vida social. Os programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal, ambientes cordiais para a faixa etária em questão e solidariedade intergeracional. Assim, as famílias e os indivíduos assumem um papel ativo no planeamento e preparação para a velhice, pelo que devem praticar um estilo de vida saudável em todas as fases do ciclo de vida. Os governantes assumem aqui um papel importante, na medida em que devem criar políticas e programas que promovam estes mesmos estilos de vida.

1.1.4. Do envelhecimento activo ao envelhecimento bem-sucedido/ ótimo.

Atualmente vive-se uma revolução demográfica marcada pela baixa fecundidade e pelo aumento da população idosa. Esta revolução tem conduzido a uma nova perspetiva no estudo do envelhecimento caracterizada por avanços na gerontologia que abarca

perspetivas positivas. Todas estas alterações levam a um novo paradigma que conta com contribuições de diferentes perspectivas.

Fernández-Ballasteros (2009) apresenta o envelhecimento ativo e positivo como um conceito realista e empírico de envelhecimento que inclui tanto o declínio como o crescimento, tanto a mudança como a estabilidade, fazendo parte do processo de envelhecimento. A mesma autora nunca nega a probabilidade da ocorrência de condicionantes negativas uma vez que o ser humano é plástico e modificável, pelo que, ao longo do ciclo de vida, existe a possibilidade de produzir mudanças como consequência da doença, do declínio e da adversidade. A autora refere ainda que a investigação no campo do envelhecimento positivo tem aumentado em todas as bases de dados da literatura científica, desde os anos 70 até agora.

Baltes e Baltes (1990, como citado por Fernández-Ballasteros, 2009) definiram sete proposições que correspondem às bases empíricas do envelhecimento ativo:

- i. Existem diferenças essenciais nas formas de envelhecimento, distinguindo-se envelhecimento normal, ótimo e patológico;
- ii. Ao longo do desenvolvimento verifica-se uma ampla variabilidade interindividual a nível do ritmo e da direção da mudança ao longo da vida;
- iii. Releva-se o conceito de plasticidade e reserva latente ao longo de todo o ciclo de vida e, por vezes, na velhice podem representar uma mudança positiva com a idade;
- iv. Existem limites na plasticidade do comportamento, na capacidade de adaptação e, claro, na possibilidade de mudanças positivas em idades muito avançadas;
- v. As proposições 3 e 4 revelam-se compatíveis, na medida em que a tecnologia e a praxis baseadas no conhecimento podem compensar o declínio;
- vi. O equilíbrio entre ganhos e perdas que ocorre ao longo do ciclo de vida torna-se menos positivo, sendo que o desequilíbrio é fruto da avaliação subjetiva dos indivíduos e dos estereótipos sociais existentes; e
- vii. Existem muitas e escassas diferenças com a idade, pelo que a satisfação com a vida e outras características psicológicas positivas revelam que o “eu” se mantém na velhice, assim como a sua plasticidade e capacidade de recuperação.

Segundo Fonseca (2005), no quadro da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido proposto por Baltes e Baltes (1990) atribui um papel fulcral a dois conceitos centrais no processo de envelhecer, sendo eles: variabilidade interindividual e plasticidade intra-individual. Quando vistos em conjunto, os mesmos enquadram o modo como os organismos se adaptam à mudança e sugerem a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico, o que veio desconstruir muitas das imagens negativas associadas ao envelhecimento. Este modelo, desde a sua formação até à atualidade, tem vindo a ser explorado e aperfeiçoado, tanto pelos próprios autores como por outros investigadores, sobretudo a partir de três eixos implícitos à sua conceptualização: balanço entre ganhos e perdas, recurso ao modelo SOC como explicação básica do processo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito e modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal.

1.2. O envelhecimento como problema social.

1.2.1. O papel do idoso na sociedade.

A definição dos limites para a idade em que começa e acaba a terceira idade declara-se difícil, dado que os 65 anos, idade da reforma, era um marco artificial, e ao mesmo tempo seguro, do início da velhice, contudo verifica-se que, atualmente, as pessoas se reformam cada vez mais cedo por motivos que se prendem com a idade como o desemprego, a incapacidade e a reforma antecipada (Pimentel, 2001). Por outro lado, constata-se que a velhice é um período cada vez mais prolongado, o que coloca em causa o papel passivo que a sociedade atribui aos idosos.

Regista-se uma divergência de opiniões no que diz respeito à evolução do estatuto social do idoso ao longo dos tempos. Pimentel (2001) revela que nas sociedades pré-industriais era reconhecida sabedoria e prudência aos idosos, sendo-lhes conferida a ocupação de cargos importantes na comunidade através do desempenho de funções de

direção ou de conselho, de intervenção mágica e terapêutica ou de ensino, sendo por isso uma pessoa respeitada, integrada e apoiada no meio familiar. Por fim, a autora afirma que é em função dos valores e das práticas de cada sociedade que se atribui maior ou menor importância ao papel do idoso.

De acordo com Ana Alexandre Fernandes (1997), a análise do envelhecimento demográfico constitui um ponto de partida para o estudo dos problemas da velhice e suas instituições na sociedade portuguesa.

Na maior parte das sociedades tradicionais, os idosos permanecem integrados nos sistemas económico e social até à morte através da partilha de tarefas e desempenho de funções, embora se verifique que as dificuldades consequentes da idade têm implicações a nível físico que atenuam as suas responsabilidades (Fernandes, 1997). De acordo com a autora, a velhice poderia não ser entendida como um problema social, embora esta fase do ciclo de vida seja caracterizada pela diminuição das capacidades e resistências físicas. Apesar de, em determinadas situações de maior precariedade económica os idosos possam representar uma sobrecarga, é possível afirmar que nas sociedades ocidentais europeias pré-industriais, a redução da capacidade produtiva do idoso se diluía nas trocas praticadas entre o grupo doméstico, sendo esta compensada pelo valor da experiência acumulada revelada através da transmissão de saberes aos mais novos. Nas sociedades tradicionais, entre os campos ou as burguesias mais urbanas, a velhice poderia acarretar outras implicações para as suas famílias, verificando-se que os seus problemas individuais se fechavam ao espaço privado da casa e da família, cujas trocas se desenrolavam entre as gerações, cingindo-se às relações familiares. Desta forma, a velhice surgia publicamente identificada como pobreza, indigência ou doença, sendo que as instituições hospitalares e de beneficência se encarregavam dela.

Fernandes (1997) afirma que a emergência da velhice enquanto problema social está diretamente relacionada com a institucionalização das reformas. Por outro lado, as alterações da estrutura das relações familiares nas sociedades ocidentais contribuíram também para o agravamento deste problema social, dado que o desmoronamento das

bases sociais em que assentava a família tradicional interfere na forma como os pais e os filhos se relacionam e na forma como o patrimônio se transfere. Contudo, a persistência da solidariedade não deixou de se manifestar na entreatada entre pais e filhos, o que contraria a visão catastrófica de isolamento da família nuclear nas sociedades urbanas desenvolvidas.

A circunstância de atualmente se conjugar um crescente envelhecimento populacional e um Estado-Providência permitiu que a importância e abrangência das políticas sociais de velhice se expandisse. As políticas sociais de velhice têm por objetivos intervir publicamente no sentido de contrariar as tendências de solidão e isolamento a que muitos idosos estão submetidos, pois, uma vez afastados da sua esfera familiar, terão de se socorrer da solidariedade pública (Fernandes, 1997). Estas políticas têm promovido o aparecimento de equipamentos, produtos e respostas dirigidos aos idosos. Assentes no pressuposto de agregação de pessoas acima de uma certa idade e entendendo este grupo de idade como homogêneo, estas políticas têm contribuído, de forma indireta, para reforçar a segregação que se pretendia contrariar e acentuar os contornos da imagem de velhice enquanto categoria carenciada e segregada. Importa aqui mencionar que as práticas dos agentes sociais encarregues da gestão pública da velhice e as representações sociais da velhice reforçam este estado de segregação.

Pimentel (2001) afirma que o Estado se assumiu como o grande promotor do bem-estar social, bem como o aumento das transferências de fundos originou novos agentes que definiram a sua atividade através da sua posição enquanto intermediários entre gerações. Face ao objetivo de melhorar as condições de vida dos idosos, especialmente situações cujas redes de solidariedade primária são insuficientes ou inexistentes, surgiu um conjunto de respostas e equipamentos diversificados com capacidade de resposta a diferentes necessidades e diferentes níveis de carência. Inerente a estas respostas e equipamentos, verificou-se uma crescente diversidade de medidas e de respostas concretas, de maior proximidade, que visam facilitar o quotidiano dos idosos e seus familiares e proporcionar um conjunto de serviços de âmbito comunitário e domiciliário

que retardem ou evitem o recurso à institucionalização. Apesar desta diversidade de respostas e serviços, estes declaram-se insuficientes para responder a todas as situações de carência social e económica. Esta insuficiência deve-se à extensão das listas de espera dos lares, desconhecimento dos direitos e respostas existentes, do reduzido envolvimento da família, da vizinhança e dos amigos e, muitas vezes, elevado grau de dependência na funcionalidade para as atividades da vida diária. Neste sentido, Pimentel (2001) afirma que os serviços de proximidade implicam um esforço de articulação e complementaridade entre diferentes serviços e agentes: articulação com os serviços de saúde que asseguram cuidados especializados e que permitem a permanência do idoso em sua casa durante um período de tempo mais longo, articulação com a família e rede de suporte mais próxima face à limitação dos serviços domiciliários e ao facto de o idoso passar grande parte do tempo sozinho. De acordo com a autora, o suporte formal permite que o apoio prestado pela família não se torne demasiado penoso e cansativo, evitando que esta rede mais próxima abdique dos cuidados a prestar.

De acordo com Fernandes (1997), a desvalorização dos laços de dependência entre os elementos de todo o círculo familiar distancia todos os membros do mesmo, permitindo negociar a manutenção das boas relações e a criação de espaços comuns onde se identificam os membros de uma família, destacando-se as relações entre homens e mulheres, pais e filhos, avós e netos, tios e sobrinhos, que dão sentido à essência da família.

Ao longo das últimas décadas, a análise dos dados demográficos permite registar alterações relevantes que levam a considerar que a família, na sua forma institucional, terá sofrido também algumas mudanças. A autora sustenta que, efetivamente, as relações que se estabelecem entre os membros de uma família e as solidariedades daí decorrentes estão dependentes das condições materiais e objetivas em que assentam os pressupostos ideológicos e culturais em que se funda a família. Considerando os indicadores demográficos como critérios comportamentais e de práticas sociais face à família, estes prognosticam ruturas importantes com consequências diretas sobre a

estrutura das populações e indiretas sobre a economia, o direito, as relações entre as gerações e mesmo o equilíbrio da sociedade.

A família atual tende a valorizar cada vez mais a afetividade e a restrição das relações, verificando-se que os papéis são menos hierarquizados e o poder distribuído equitativamente (Pimentel, 2001). É também caracterizada por um conjunto de comportamentos de carácter demográfico e social com implicações ao nível da sua morfologia, destacando-se a redução progressiva da dimensão dos agregados domésticos.

De acordo com Fernandes (1997), o conhecimento das redes de parentesco e a forma como se estruturam nas sociedades industriais e urbanas, está pouco desenvolvido. Sabe-se que as relações se orientam pelo princípio da seletividade e não por regras estatutárias que estabelecem com igualdade o relacionamento para todos os membros da mesma família. Acrescenta ainda que as relações são mais acentuadas em linha direta do que colateral, sendo patente que as afinidades são superiores no sexo feminino.

Por seu turno, Pimentel (2001) defende que a interdependência afetiva e a manutenção do bem-estar familiar se declaram dois elementos essenciais à continuidade familiar. Os pais estão muito dependentes do afeto dos seus filhos, esforçando-se para os ajudar, sendo este último facto aquele que confere maior sentido à sua vida. As trocas são, de um modo geral, mais intensas de pais para filhos do que no sentido inverso. Recorrendo ao contributo teórico de Cabrillo e Cachafeiro (1992) e Fernandes (1994), Pimentel (2001) constata que não existe uma simetria entre as obrigações dos pais e dos filhos, quer ao nível das normas sociais, quer ao nível das práticas, pelo que as trocas geracionais se fazem num único sentido: de pais para filhos.

O parecer dos idosos é frequentemente ignorado, o que conduz à criação de um mal-estar e de um sentimento de incapacidade e de dependência perante os que os rodeiam (Pimentel, 2001). A dificuldade de se colocar no lugar do idoso atendendo às suas

necessidades, opinião e vontade, faz com que aqueles que compõem o círculo mais próximo do idoso se esqueçam das suas preferências e hábitos.

Fernandes (1997) afirma que as políticas sociais têm efeitos sobre a vida dos idosos, nomeadamente na forma como estabelecem as relações e orientam as práticas entre estes e as famílias, os amigos, os vizinhos, a sociedade em geral. As representações sociais da velhice são também afetadas por todas as consequências ao nível das ideologias e práticas sociais daí decorrentes. A emergência de políticas sociais de velhice supõe a consciência de intervenção social de apoio aos idosos enquanto tal advém de uma construção social de velhice. Por outro lado, as alterações que têm ocorrido ao nível da estrutura das relações familiares, nas sociedades industrializadas, intervêm também na dimensão do problema da velhice. A institucionalização e generalização dos sistemas de reforma desvinculam os filhos do encargo da velhice, o que se estende a outros aspetos da vida. A emergência do problema social está na alteração do tipo e da forma como se relacionam as gerações no seio da família.

De acordo com Pimentel (2001), a passividade e a falta de motivação condiciona o nível de atividade e participação dos idosos no quotidiano. Esta auto-conceção de “improdutividade” e “inutilidade” leva a que os outros assumam uma posição paternalista, com tendência para cuidar, uma vez que vêem o idoso como alguém desprovido de qualidades e recursos para exercer um papel ativo e autónomo na sociedade. A autora destaca que é a própria sociedade e o estado que libertam o idoso das suas obrigações e o privam de um estatuto social e económico decorrente do exercício de uma atividade profissional. Refere, ainda, que o idoso é desvalorizado do papel de pai quando os seus filhos adquirem completa autonomia. Declara-se, portanto, relevante que o idoso mantenha um equilíbrio emocional e psicológico, o que implica definir objetivos e assumir a importância de aprender ao longo de todo o ciclo de vida. Contudo, estas questões declaram-se difíceis, dado que a entrada na reforma obriga a reorganização do ciclo de vida e das formas de ocupação do tempo livre, dada a ausência de horários e responsabilidades laborais.

Mais do que uma fonte de rendimento, a atividade profissional constitui uma forma de integração social (Pimentel, 2001). Assim, quando um indivíduo entra na reforma, este vê o seu lugar na sociedade mudar, sentindo-se deslocado, não sabendo onde empregar o seu tempo e energia, vendo os seus ganhos reduzidos. Partindo do princípio de que as reformas são, habitualmente, inferiores aos anteriores vencimentos, este aspeto pode agravar a situação dos idosos, conduzindo ou acentuando situações de pobreza.

1.2.2. Ecologia Ambiental: a questão pessoa-ambiente.

De acordo com Constança Paúl (2005b), à medida que envelhecem, os idosos, perdem metade da sua identidade pessoal histórica, mediante a sua assistência ou participação nas alterações profundas do meio, que, por vezes são tão violentas e rápidas que afastam o indivíduo do seu próprio ambiente. Paúl (2005b) refere ainda que os lugares, enquanto contextos comportamentais, estão associados a acontecimentos e comportamentos partilhados por indivíduos, que em cada momento histórico se cruzam, em interações face a face e de vizinhança. Consequentemente, dão-se alterações no ambiente social que se refletem na alteração da estrutura familiar e na relação interindividual. Desta forma, os idosos vêem o seu meio social estreitar-se de forma progressiva, sendo que as alterações nas relações pessoais isolam-nos da sociedade.

Bronfenbrenner (1978; citado por Paúl, 2005b) é um dos autores que mais se destaca no estudo da Teoria Ecológica. Este autor estruturou diferentes tipos de influência do contexto sobre o desenvolvimento humano, estratificando-se desde um nível mais próximo (microsistema) até um nível mais longínquo (macrossistema), tendo como níveis intermédios o mesossistema e o exossistema. Esta classificação pretende demonstrar que todos os contextos, e o ambiente em geral, têm incontestavelmente, uma influência directa no desenvolvimento/ envelhecimento humano. Partindo da leitura com base nos termos acima referidos, segundo Bronfenbrenner (1978; citado por Paúl, 2005b), o desenvolvimento organiza-se a partir do microsistema diádico inicial até este formar o mesossistema do indivíduo. No idoso existe uma restrição progressiva do mesossistema. Quando o idoso é institucionalizado o exossistema e macrossistema

desaparecem. A ecologia do idoso fica assim mais restrita e pobre, tendo efeitos negativos no seu bem-estar.

O processo de envelhecer é heterogéneo, logo os resultados de autonomia e satisfação com a vida variam entre sujeitos e grupos. Compreender esta diversidade no sucesso do envelhecimento, baseada na perspectiva ecológica, é fundamental para elaborar políticas optimizadoras da qualidade de vida dos idosos.

Uma das questões colocadas na gerontologia ambiental é o envelhecimento diferencial, assim em ambientes distintos correspondendo a zonas geográficas, pressupõe que existem contextos de necessidades e serviços diversos para a manutenção da vida autónoma.

Constança Paúl (2005b) apresenta diferentes modelos ambientais de envelhecimento desenvolvidos por diferentes autores:

- *Modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973)*: procura explicar de que modo o contexto influencia o comportamento do indivíduo. Lewin (1951) determinou que o sujeito vive em contextos diversos e que o seu comportamento depende deles. A interacção entre o indivíduo e o ambiente afecta o comportamento traduzindo-se na expressão $B=f(P,E)$ (*B: behaviour; P: person; E: environment*). Prolongando a investigação de Lewin, Lawton e Nahemow desenvolvem um modelo ecológico em que o nível de adaptação de um sujeito depende da competência do mesmo e da pressão exercida pelo ambiente.

- *Modelos de Congruência Pessoa-Ambiente*: contam com contribuições de vários autores. Segundo Gubrium (1975), o indivíduo sente-se mais satisfeito consigo próprio e com o seu meio quando há congruência entre aquilo que os outros esperam de si e aquilo que espera de si próprio. Kahana et al. (1980), Kyas (1978) e Nehrke et al. (1981) consideram que, para uma adaptação óptima, é necessária uma relação entre as características reais e/ ou subjetivas do meio e do idoso.

- *Modelos de Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente*: considera que o meio ambiente objetivo, onde se inserem os idosos, tem um efeito direto e indireto no seu funcionamento, sendo manifestado a partir da percepção da satisfação com o meio.

- *Modelos de Congruência/ Complementaridade de Carp e Carp (1984)*: têm como base os pressupostos de Murray (1938), que considera o bem-estar como dependente da satisfação das necessidades pelo meio. Segundo os pressupostos de Murray (1938), as necessidades dependem do carácter ou da importância atribuída pelo indivíduo; estas necessidades estão organizadas de forma hierárquica, tal como Maslow (1954) aponta. Por um lado, o modelo centra-se nas necessidades de baixa ordem ou de manutenção da vida, sendo que as características das pessoas (P) e do ambiente (E) facilitam, permitem ou inibem a satisfação das necessidades básicas através do desempenho adequado das AVD necessárias para o indivíduo continuar a ter uma vida independente. A congruência corresponde ao grau de complementaridade verificado entre as competências do indivíduo e dos recursos/barreiras do meio relevantes para as AVD. Por outro lado, trata das necessidades pessoais de ordem superior e das características do ambiente que facilitam, permitem ou inibem a satisfação das necessidades. O conceito de congruência difere do da primeira parte, sendo que deste ponto de vista corresponde à similaridade que existe entre o grau de necessidade em relação a um factor de ordem ambiental e o suporte oferecido pelo próprio meio.

- *Modelo de Ecologia Social de Moos*: Rudolph Moos parte da perspectiva de acção e da psicologia social de Sheidt (1998), em que o racional subjacente é a ecologia social e a teoria ambiente-comportamento. Este modelo, proposto por Moos e Lemke (1984), atribui um papel relevante à influência do ambiente na adaptação dos idosos, colocando na base, por um lado, as características objectivas do programa de uma dada instituição e, por outro lado, os factores pessoais, resultando num determinado clima social que desencadeia respostas de confronto

dos residentes e determina a sua adaptação em termos de ajustamento, nível de actividade e utilização de serviços.

- *Taxonomia Ambiental de Lawton (1999)*: neste modelo são definidas cinco classes ambientais que exercem diferentes pressões nos idosos, sendo que em cada classe ambiental, para o ambiente físico, existem aspectos objectivos e subjectivos. As cinco classes ambientais definidas por Lawton são: ambiente físico objectivo, ambiente pessoal, ambiente de pequeno grupo, ambiente suprapessoal e ambiente social (megassocial). Para além das cinco classes, referidas anteriormente, e das dimensões objectivo-subjectivo, o ambiente possui ainda atributos que são característicos que discriminam uns ambientes de outros, e se distinguem em descritivos e avaliativos.

Paúl (2005b) defende que os diversos modelos da perspectiva ambiental do envelhecimento atribuem um papel fundamental ao contexto físico e humano nos resultados diferenciais do processo de envelhecimento, no sentido de maximizar o envelhecimento bem-sucedido ou ótimo, a partir de uma relação adequada entre o idoso e o ambiente. As escolhas feitas na juventude revelam-se cruciais na medida em que permitem um maior leque de opções em idades mais avançadas, ficando limitadas nas situações de sobreespecialização de investimentos perante a diminuição das capacidades que não podem ser compensadas com outras actividades. Desta forma, Bronfenbrenner defende que um mesossistema extenso e diversificado é importante na medida em que o indivíduo consegue alcançar resultados positivos a curto, médio e longo prazo.

Shultz e Heckhausen (1996) defendem que lidar com a diversidade e seletividade e desenvolver a capacidade para compensar o insucesso são requisitos fundamentais para regular o comportamento. Os mecanismos de seleção direccionam as interações pessoa-meio e permitem a diversidade e a concentração na escolha de um domínio. Rearranjar objetivos pessoais, valores e aspirações são exemplos de estratégias de acomodação. O controlo primário e o controlo secundário têm também um papel importante na medida em que o objetivo do primeiro é o mundo externo, e o segundo visa o próprio e tenta

conseguir mudanças no indivíduo que amortecem o efeito do meio. O envelhecimento leva a que o indivíduo utilize mais o meio, mediante o balanço desfavorável entre ganhos e perdas. Os indivíduos que são capazes de controlar o impacto que o ambiente tem sob os próprios durante mais tempo, são vistos como mais bem sucedidos, sendo esta avaliação ponderada mediante as suas limitações biológicas e socioculturais.

1.2.3. A institucionalização: um meio promotor do envelhecimento ativo?

Paúl (1997) distingue dois grupos principais de redes de apoio: redes de apoio formal e redes de apoio informal. Enquanto nas redes de apoio formal se incluem os serviços estatais de segurança social e os organizados a nível local como lares, centros de dia e serviços de apoio domiciliário, as redes de apoio informal são compostas pela família, amigos e vizinhos. Aliada a esta perspetiva, surge a linha de Paúl e Fonseca (2005) que alegam que o apoio prestado pelas redes sociais se trata de um dado essencial para garantir a autonomia, a auto-avaliação positiva, a saúde mental e a realização pessoal, enquanto meios promotores do envelhecimento ativo.

Tradicionalmente a família assumia o dever de cuidar dos idosos, bem como era patente a “regra” de que os pais já idosos deviam permanecer junto com os seus filhos, contudo na atualidade verifica-se cada vez mais uma maior procura de uma resposta permanente.

Tap (1996) defende que a integração social se trata de um tema em destaque sobretudo por aqueles que se identificam com ideologias progressistas, recusando todo o tipo de discriminação e valorizando uma sociedade menos individualista, mais comunitária e mais justa fundada na solidariedade, na cooperação e na convivialidade. O autor constata que o indivíduo resiste em ser integrado em grupos que procuram arregimentá-lo sem o seu consentimento, procurando absorvê-lo por completo, fundindo-o numa entidade coletiva, a ponto de o obrigar a esquecer as suas próprias maneiras de ser, pensar e agir. Todo o processo de integração implica a necessidade do “grupo-entranque” (Tap, 1996, p. 29) demonstrar a sua aptidão para se apropriar dos objetivos próprios do grupo de acolhimento e do seu desejo de os promover. Ou seja, “*ser*

integrado significa aceitar as regras do jogo e mostrar-se pronto a adaptar-se às exigências da organização que o acolhe” (Tap, 1996, p. 29).

O processo de personalização define-se como a construção de um objetivo temporal para si e/ou para os outros, ou seja, trata-se de delinear um plano de vida (Tap, 1996). Definindo crise como o aumento da desordem ou da incerteza no interior de um sistema, ao considerar que a crise da personalização encontra a sua origem nas contradições entre as instituições sociais e em cada uma delas, assim como entre outros atores sociais e em cada um deles, declara-se pertinente analisar de que forma esta crise acede à consciência e avaliar as condições da sua resolução. Tap (1996) destaca ainda que os comportamentos de um ator individual resultam da regulação sobre o registo duplo das mediações interpessoais e institucionais.

A instituição desempenha um papel fulcral ao nível da integração do idoso. Deste modo, deverá desenvolver esforços para conhecer e atender à história de vida do idoso, a sua personalidade, o seu relacionamento com os familiares e a comunidade em geral, bem como ter em conta os seus hábitos, gostos, angústias e dificuldades. Todo este envolvimento e comprometimento com o utente deve procurar minimizar o impacto negativo emocional criado, quer no utente, quer na sua família. Contrariamente àquilo que revela ser o ideal, no seu estudo sobre o processo de institucionalização do idoso, Pimentel (2001) constata que a maioria dos lares de terceira idade não tem em consideração os desejos e motivações dos utentes, atendendo apenas a necessidades fisiológicas.

A entrada num lar revela-se uma grande mudança na vida de um idoso. Esta mudança gera, muitas vezes, a separação do meio familiar, uma rutura em relação à vida e aos hábitos e uma adaptação a um novo meio, e conseqüentemente, todo este processo cria um forte impacto social.

Na perspetiva de Pimentel (2001), a entrada em lar está fortemente associada a imagens negativas e aos olhos dos idosos representa abandono, morte, separação e sofrimento. A

entrada numa instituição representa para o idoso o último período da sua trajetória de vida, sem expectativas ou possibilidade de retorno.

Daniel (2006) apresenta uma perspectiva mais alargada, assente nas transformações com que hoje a sociedade se depara, nomeadamente as mudanças ocorridas nos padrões de distribuição das idades. Segundo a autora, o envelhecimento populacional implica uma nova visibilidade social das pessoas idosas, num contexto onde o olhar sobre se velhice varia de acordo com as transformações a que a sociedade está sujeita. O envelhecimento populacional coloca, assim, novos desafios e exige novas respostas sociais que se adequem às características e necessidades deste segmento da população. Afirma ainda que o lar de idosos representa um conjunto de vantagens diferenciais face a outros tipos de respostas, pois enquanto para uns a institucionalização se declara uma alternativa adequada, para outros trata-se de uma solução para os seus problemas e dificuldades.

Goffman (1961) introduziu o conceito de instituição total, definindo-o como um local de residência ou trabalho onde grande número de indivíduos semelhantes entre si, separados de uma sociedade mais ampla, durante um certo período de tempo, enquadram-se numa vida fechada e formalmente administrada. Deste conceito, o autor destaca a seguinte característica: quebra da diversidade dos lugares, parceiros, autoridades e pertenças, o que leva a concluir que todos os aspetos se inserem num mesmo quadro de interação. Tal conduz a que toda a atividade de um indivíduo se desenvolva numa relação de promiscuidade total, em conjunto com um grande grupo de indivíduos que estão sujeitos aos mesmos tratamentos e obrigações. Neste sentido, o autor afirma que as tarefas inerentes a todos os períodos da vida quotidiana se desenrolam mediante o plano imposto pela equipa técnica da instituição, sendo estas tarefas totalmente previsíveis e definidas ao pormenor.

Goffman (1961) identifica várias consequências negativas provenientes do facto de os indivíduos de uma instituição serem alvo de um tratamento coletivo. A primeira trata-se da existência de dois universos sociais e culturais (grupo dos colaboradores e grupo dos utentes/clientes) que, embora tenham entre si alguns pontos de contacto, não segregam

verdadeiros laços de interdependência entre os seus membros, pois tendem a produzir do outro uma imagem estereotipada e hostil.

A instituição total estabelece uma série de coerções que conduzem à modificação da personalidade, a mudanças culturais e à perda de interesses que se tinham antes da admissão. O salário representa um estímulo para a organização e direção da vida pessoal, aspeto este que é contrariado pela institucionalização, pois todas as necessidades são submetidas a um plano conjunto que priva o indivíduo de qualquer motivação para querer mais, tornando-o improdutivo. Por outro lado, o autor afirma que a eficácia da instituição total depende, em parte, do grau de rutura provocada em relação ao universo familiar.

Partindo das consequências anteriormente descritas, Goffman (1961) alega que a instituição total conduz a um sério risco de perda de individualidade, pois todos os pacientes/ utentes são tratados do mesmo modo, como se todos tivessem vivido as mesmas experiências e se todos partilhassem os mesmos gostos e ideias. Os indivíduos acabam então por perder a sua autonomia na tomada de decisão, pois todas as tarefas estão já programadas pelos seus órgãos superiores, tendo apenas em conta a lógica institucional e não as necessidades dos indivíduos.

De acordo com Goffman (1961), a institucionalização afasta os indivíduos da conceção que os indivíduos tinham antes da sua admissão, resultante de uma construção feita ao longo da sua vida e da constante interação com os outros e com o meio. Além desta perda de identidade, a instituição promove uma forma de mortificação mais difusa, baseada na imposição da sua participação em atividades hétero-determinadas e a execução de rotinas que vão contra os seus princípios. O indivíduo é, assim, constrangido a assumir um papel que o leva a deixar de ser tudo aquilo que era antes e o distinguia dos outros.

De acordo com Mallon (2000), no lar de idosos, os próprios idosos não procuram a comunidade, preferindo proteger-se contra qualquer forma de intrusão, agindo tal como

os indivíduos das gerações mais novas, de forma a serem eles próprios. Cada um procura, assim, conseguir preservar a sua independência e autonomia no contexto de uma vida coletiva, limitando o contacto com os outros. A autora afirma assim que a individualização reina com força nos lares de idosos para os residentes mais independentes.

O lar de idosos acolhe pessoas muito idosas e indivíduos física e mentalmente dependentes. À exceção das horas das refeições e das atividades, o espaço do lar de idosos divide-se em dois espaços: um público em que se encontram as pessoas em más condições e outro privado onde se refugiam as pessoas que escapam a esta situação de dependência. O espaço público é classificado como perigoso, suscitando dúvidas sobre a manutenção da condição humana de cada um, fomentando a angústia do amanhã (Mallon, 2000)

Mallon (2000) alega que o lar de idosos possui poucas hipóteses de se transformar numa comunidade. Tal deve-se ao facto de as atividades desenvolvidas não gerarem relações fortes dado que os residentes atribuem a estes encontros outro sentido. Através destas atividades, os residentes procuram uma vantagem decisiva para si próprios, procurando dar-se a conhecer à animadora. Através da sua participação anseiam obter um crédito de “normalidade” (Mallon, 2000, p. 246) que decorre da capacidade de estabelecer uma relação com alguém do meio exterior. Colocam, assim, em prática processos de afirmação positiva de si. A autora destaca, ainda, que falar com uma ajudante de cuidados é mais valorizado do que falar com outra pessoa idosa.

A ideologia da independência das sociedades contemporâneas despertou a atenção das pessoas idosas para a dependência e troca de serviços ou de afeto. De acordo com a autora, prestar um serviço em vez de o pedir revela a força da reivindicação da independência e o receio da dependência interpessoal. O idoso considera que deve obedecer ao imperativo de cuidar de si próprio, com o intuito de retardar o momento em que a situação se degradará, conduzindo à renúncia a serviços prestados se forem demasiado pesados.

Nos lares de idosos regista-se uma reticência a ter amigos, o que traduz o receio de um compromisso muito forte. Esta reticência caracteriza-se por evitar concentrar-se numa relação de dependência afetiva que pode ser interrompida pela morte ou pelo declínio de alguém próximo. Revelam preferência por antigos amigos porque representam a vida anterior e simbolizam um meio em que cada um era definido por uma razão diferente da idade (Mallon, 2000).

Os residentes vêm-se obrigados a participar numa vida coletiva à qual, geralmente, devem pouco. Receiam cruzar-se a todo o momento com indivíduos que perderam a sua identidade pessoal e que anunciam o seu destino eventual, procurando, por isso, evitar ser misturados com eles, refugiando-se no seu quarto. A instituição define-se, então, por uma sobreposição civilizada de existências individuais.

A partilha da vida quotidiana implica um conhecimento rápido dos hábitos e da vida pessoal dos outros, pelo menos daqueles que se localizam mais próximos de si. Tudo isto conduz a uma pressão social que requer um reforço da proteção de si (Mallon, 2000). Desde o momento de entrada na instituição que as pessoas são implicadas na vida coletiva. Esta implicação é dificultada pelo receio dos indivíduos serem envolvidos em mexericos, o que fomenta o seu isolamento voluntário.

A proximidade física num espaço comum permite um conhecimento que na vida normal só é difundido pelos membros da sua família (Mallon, 2000). Esta proximidade, no lar de idosos, conduz ao aumento da distância afetiva e é compensada por uma contenção na expressão dos seus sentimentos com medo de que os outros residentes se aproveitem disso. Nos lares de idosos, o modo de organização da vida quotidiana regula as relações entre os residentes influenciando o seu comportamento enquanto membros de uma sociedade.

Mallon (2000) conclui que o lar de idosos é um espaço em que se questiona muitas vezes a definição do idoso, no que a instituição pode desempenhar um papel importante

ao nível da manutenção da sua dignidade, com vista a se protegerem de si no lar de idosos.

As ideias de Mallon (2000) no que diz respeito ao processo de institucionalização vão de encontro àquilo que Tap (1996) define ao nível da defesa de integridade: *“Defender a sua integridade é defender-se contra qualquer invasão, qualquer intrusão, qualquer degradação ou mutilação que proviriam de uma pressão do outro ou de um grupo, é recusar uma mudança em si ou nos seus prolongamentos, nos seres e nas coisas que o sujeito considera como as suas possessões.”* (Tap, 1996, p. 40).

Contrastando a contribuição teórica de Mallon (2000) com a contribuição teórica de Goffman (1961), identificam-se três sérios riscos que a institucionalização comporta para o indivíduo: separação com o meio envolvente (meio não institucional), contribuição para as perdas relacionais e indução severa da limitação da atividade.

Segundo Goffman (1961), os métodos da instituição total tendem a desmoralizar o indivíduo que, antes da sua institucionalização, expressava gosto por uma determinada tarefa. Ao ver o seu quotidiano programado por outros, em que estes definem os modos e as estratégias de responder às suas necessidades, os residentes tendem a perder a sua motivação para a sua vida social, pois perdem o seu sentimento de utilidade e de valor. O autor destaca ainda a relevância de a instituição promover o envelhecimento bem-sucedido através da fomentação de novas motivações, quer no meio institucional, quer no meio não institucional.

Todos estes aspetos contribuem para a mortificação do “eu”, pois a ausência de autonomia para desenvolver atividades da vida diária conduz à quebra da força de vontade do indivíduo, bem como da sua capacidade para simplesmente planear essa atividade (Goffman, 1961). Não dispor das condições necessárias para concretizar as suas motivações e/ou necessitar de consentimento para a prática destas atividades, conduz o indivíduo a uma condição de submissão e de suplicação que não se compadece com o seu reconhecimento como adulto.

Fragoso (2008) atribui ao lar de idosos a categoria de instituição de longa permanência, pois trata-se de uma resposta às necessidades do idoso quando a família não tem capacidade para responder a estas. As instituições de longa permanência são compostas por pessoas, idosos, familiares e pessoal técnico, assim como pela comunidade em que se insere, estando assim inerente o fator humano. O autor considera que as alterações demográficas conduzem a uma reflexão acerca do papel do cuidador, com especial foco nas práticas de cuidado e conseqüente humanização da prestação de cuidados aos idosos institucionalizados. Cabe, portanto, às instituições encontrar medidas e formas de prevenção/intervenção que permitam proporcionar uma prestação de cuidados ao idoso que tenha em conta a sua individualidade e as suas necessidades.

Lalivé d'Épinay, através de diferentes contributos, incentiva o surgimento de um novo olhar face à velhice, entendendo-a como uma fase do ciclo de vida dotada de recursos pessoais que permitem lidar de forma positiva com as perdas inerentes ao processo de envelhecimento.

De acordo com o Lalivé d'Épinay (1991), cada um pode agir, até certo ponto, sobre os recursos de que dispõe alimentando-os e mantendo-os e não os usando apenas, o que releva a importância de manter uma rede de amigos, assim como o corpo e a memória. Tal permite que sejam reativados antigos saberes, assim como assimilados novos saberes. Depois da reforma, a qualidade de vida depende da imaginação e da criatividade, assim como das capacidades de adaptação e de invenção do próprio ser humano. À medida que a idade avança, as capacidades mencionadas tornam-se cardeais. Por fim, o autor apela para a importância de compreender o processo de envelhecer como um projeto de vida, uma sucessão de projetos.

Lalivé d'Épinay (2003) considera que os lares de idosos enquanto instituições caracterizadas pela prestação de serviços têm impreterivelmente de dispor de recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade, de forma a permitir que se “invente” um lugar que promova a reorganização imposta pela fragilização crescente do estado de

saúde, mantendo vivo o interesse pelas coisas da vida, proporcionando aos idosos vontade de viver.

1.2.4. Identidade na velhice

O aumento da esperança média de vida tem conduzido a um aumento progressivo da população idosa (Serrano, 2004). Este grupo etário tem assumido especial interesse quer pelo seu peso quantitativo ao nível da população, quer ao nível da sua capacidade de consumo, do aproveitamento do seu tempo livre, bem como da sua progressiva autoconsciência de grupo. Atualmente, a população idosa constitui um grupo heterogéneo, com tipologias diferentes baseadas na diversidade de necessidades, comportamentos e expectativas. Esta faixa etária tem ainda conduzido ao aparecimento de um novo perfil que apresenta novos interesses e possibilidades assim como a importância de um peso específico nas esferas política, económica e social.

Segundo Serrano (2004), o perfil do idoso é marcado por uma série de fatores determinados por componentes biológicos, agentes psicológicos e componentes sociais.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, a exigência das sociedades democráticas entrou em mudança, estando orientada para as políticas sociais que deram origem ao conceito de bem-estar social estritamente relacionado com a qualidade de vida dos cidadãos (Serrano, 2004), com principal enfoque nos grupos com maior risco de vulnerabilidade social, no quais se enquadram os idosos. O autor afirma que o bem-estar das pessoas é definido com base nas necessidades, preferências e recursos característicos de atos sociais. Serrano (2004) alega que o bem-estar é concretizado quando as necessidades básicas estão satisfeitas, podendo-se então aceder a necessidades superiores.

Segundo Tap (1996), o indivíduo adquire a sua identidade através do enraizamento numa história pessoais e cultural, de memorização e de narração.

“A identização é a história complexa da continuidade da imagem de si na mudança, da instauração de representações mentais e da atualização contínua de identificações múltiplas, enriquecendo ou empobrecendo, segundo o caso, a auto-imagem” (Tap, 1996, p. 81)

Partindo da citação acima descrita, Tap (1996) considera que a identidade pessoal pode ser definida como um sistema de representações e de sentimentos a partir dos quais o indivíduo constrói e utiliza um horizonte temporal, podendo assim compreender que ao longo do tempo pode viver numa continuidade existencial através da organização e coordenação das suas condutas, aspirações, desejos ou inquietações, permanecendo tal e qual como é. O autor afirma então que um indivíduo é ao mesmo tempo um presente, um passado e um futuro.

É um presente porque é o próprio que tem iniciativas, faz escolhas e se afirma a partir de um jogo de operações, produções ou de obras, a título de reação às contradições constatadas entre as ideologias múltiplas com as quais é confrontado. A definição do indivíduo como um passado prende-se com o facto de representar uma história e um conjunto de estratégias identitárias de enraizamento. A definição enquanto futuro associa-se ao facto de o indivíduo constituir uma busca, uma perspetivação e uma abertura a novas apostas em prol das relações com os outros e das relações com as instituições.

A título de conclusão, Tap (1996) considera que o sujeito ambiciona dispor de si mesmo, retomar o que fizeram dele, para verdadeiramente se tornar aquilo que é e ser aquilo que se quer tornar. Os atos do indivíduo traduzem-se assim num *“questionar da personalidade instituída, uma progressão para lá de uma crise e apresentando-se como uma conversão de si a si, mas considerando as condições do meio e de relação suscetíveis de favorecer, em vez de limitar, esta conversão” (Tap, 1996, p. 83).*

Declara-se então relevante procurar os determinantes e a dinâmica do conhecimento do próprio indivíduo e da sua relação com a evolução das condutas ao longo do ciclo vital,

bem como analisar a função dos sentimentos e dos valores na orientação do indivíduo (Tap, 1996). A identidade coaduna com a ideologia do indivíduo, tanto em momentos de negação gerando conflito, como em momentos de consonância com o meio envolvente. O autor reforça ainda que a identidade não é independente dos processos de comunicação com o outro, do envolvimento em grupos ou movimentos sociais, da adesão a sistemas de valores ou de ação e de processos ideológicos sobre as condutas ou representações do sujeito.

Hall (1997) considera que a globalização acelera as transformações estruturais das identidades pessoais, pois todas as alterações da sociedade influenciam a ideia que o indivíduo tem acerca de si próprio enquanto sujeito integrado.

Eriksson (1987), introdutor dos estudos sobre a identidade, entende a identidade como um processo que integra numerosas experiências do indivíduo ao longo do seu ciclo vital. Esta é construída no meio de redes de interação em que o indivíduo se define em relação aos outros. É a partir desta relação que o indivíduo aceita ou rejeita as imagens de si.

A identidade pode apresentar duas funções reguladoras: função integradora e função adaptativa (Eriksson, 1987). Enquanto a função integradora assegura a preservação do eu, a função adaptativa permite a adaptação às diversas situações relacionais.

Dubar (1997) acrescenta que a identidade nunca está definida de forma definitiva, sendo um processo através do qual os indivíduos atravessam obrigatoriamente períodos de crise. Trata-se de um processo dinâmico em que o indivíduo desenvolve uma imagem de si próprio com base em todas as suas experiências e vivências ao longo da vida, estando por isso em contínua formação e transformação em relação às formas como se é apresentado e interpelado pelo sistema cultural em que está inserido. Hall (1997) acrescenta que a identidade não é estática, nem inalterável, uma vez que o indivíduo assume diferentes identidades em diferentes momentos.

A identidade pode ainda ser entendida como algo que está em permanente construção e redefinição mediante as múltiplas circunstâncias que marcam a vida adulta (Lopes, 2001). A autora defende ainda que diferentes contextos e a forma como cada um se relaciona nesses contextos sociais condicionam a construção da identidade do indivíduo. Segundo esta perspectiva, a identidade implica o cruzamento do indivíduo e do meio social em que se insere.

Lopes (2001) defende que a identidade social se constrói a partir dos diferentes papéis que o indivíduo assume ao longo do ciclo vital com base nas atitudes, crenças, valores e experiências partilhadas. A identidade social integra o autoconceito e a imagem com base na pertença do indivíduo a um determinado grupo social.

Ao longo do ciclo vital o ser humano, enquanto ser social, vai assumindo diferentes papéis sociais que exigem uma série de mudanças comportamentais características de um determinado papel. Lopes (2001) considera que os diferentes papéis que o indivíduo assume estão diretamente relacionados com a idade, a hierarquia social e outras pertenças representativas de novos papéis sociais.

Pensando no idoso, os principais fatores de influência da sociedade sobre o mesmo são o declínio biológico, o afastamento do trabalho, a mudança de identidade social, a desvalorização social da velhice e a inexistência de atividades ajustadas às necessidades e expectativas do idoso. Neste sentido, Marchand (2005) alega que a identidade do idoso é dominada pelas diversas experiências vividas ao longo da sua vida, nos vários contextos em que esteve/ está inserido. Aliada a esta perspectiva, destaca-se o contributo de Lopes (2001) que resguarda o facto de a sociedade atual encarar o envelhecimento como uma fase de decadência e rejeitar o idoso dos sistemas económico, social e cultural, facto este que abala a identidade do idoso.

2. ESTUDO DE CASO: O impacto da institucionalização na vida dos idosos.

2.1. Metodologia

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto do processo de institucionalização na vida dos idosos. Outros objetivos são i) identificar as principais diferenças entre o domicílio e a instituição, ii) descrever a realidade e dinâmica institucional e iii) identificar os recursos de que a instituição dispõe para promover o envelhecimento ativo.

Numa investigação empírica, os dados afirmam-se como observações registadas, isentas de análise numa primeira fase, sendo estes posteriormente elaborados e analisados, de forma a desenhar conclusões (Greenwood, 1965). Quivy e Campenhoudt (2008) apresentam a observação como o conjunto de operações a partir das quais o modelo de análise é submetido ao confronto com a realidade.

Trata-se de um estudo de caso focado no impacto do processo de institucionalização, desenvolvido numa Instituição do concelho de Viana do Castelo.

Partindo de Yin (1988), Carmo e Ferreira (1998) caracterizam o estudo de caso como uma abordagem empírica caracterizada pela investigação de um fenómeno atual no seu contexto real, pela falta de evidência dos limites entre determinados fenómenos e o seu contexto e pela utilização de muitas fontes de dados. Greenwood (1965) apresenta o estudo de caso como um exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, que utiliza todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular selecionada mediante determinado objetivo de um fenómeno social, ordenando os dados recolhidos de forma a compreender o fenómeno na sua totalidade. O autor defende ainda que a unidade de observação pode ser representativa de qualquer nível da realidade social, podendo, por isso, tratar-se de um indivíduo, um grupo, uma comunidade, uma organização burocrática, uma associação, um processo, uma instituição, um acontecimento ou uma cultura.

▪ Técnicas de recolha e análise dos dados

Segundo Greenwood (1965), uma das características do estudo de caso é a flexibilidade metodológica. Segundo o autor, empreender um estudo de caso e seguir o seu carácter amplamente livre não implica a utilização de um conjunto determinado de técnicas de recolha de dados. No seguimento desta ideia, o autor acrescenta que o investigador utiliza qualquer técnica de investigação e qualquer sequência, desde que permitam uma maior compreensão do caso.

No seguimento do contributo anteriormente descrito, para a presente investigação foram utilizadas três técnicas de recolha de informação: inquérito por questionário, observação participante e análise documental.

O inquérito por questionário permite quantificar uma multiplicidade de dados e, conseqüentemente, dar azo a várias análises de correlação (Quivy & Campenhoudt, 2008). Esta técnica é de administração indireta, dado que o inquiridor necessita de recorrer a inquiridos para obter respostas.

Para a análise dos resultados recolhidos no inquérito foram utilizadas duas técnicas, análise estatística e análise de conteúdo, dado que os dados eram compostos por respostas fechadas e abertas. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS, versão 20. Por outro lado, para a análise das respostas abertas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, tendo-se construído uma tabela para facilitar a leitura e análise das respostas registadas (anexos C e D). Segundo Vala (1986), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, sendo que se pode integrar em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica. Esta técnica tem a vantagem de permitir trabalhar sobre a correspondência, entrevistas abertas, mensagens do mass media etc, fontes de informação preciosas e que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente pela história, a psicologia ou a sociologia. Partindo da perspectiva de Krippendorff (1980), o autor afirma que sempre que o investigador não se sente apto

para antecipar todas as categorias ou formas de expressão que podem assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados recorrerá a perguntas abertas sendo as respostas depois sujeitas à análise do conteúdo.

Outra das técnicas utilizadas para a recolha de informação foi a observação direta. Os métodos de observação direta constituem, na perspetiva de Quivy e Campenhodt (2008), os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, não se recorrendo por isso a qualquer testemunho e/ou documento. Os autores sugerem ainda que o campo do investigador é infinitamente amplo e varia de investigação para investigação, sendo definido mediante os objetivos de investigação. Para o presente estudo, durante a segunda semana de Dezembro de 2014, foi observada a rotina diária dos utentes das respostas sociais de Lar e Centro de Noite, tendo resultado desta observação as grelhas de observação (anexo E). Com efeito, procedeu-se a uma análise de conteúdo das mesmas.

Em Ciências Sociais é comum recolher documentos, podendo esta recolha ter dois objetivos: estudar os documentos em análise ou procurar informações úteis para estudar outro objeto (Quivy & Campenhoudt, 2008). Com vista ao enriquecimento da investigação, foram analisados documentos como o regulamento interno das respostas sociais em estudo e os estatutos da Instituição, de forma a conhecer a estrutura da organização e as normas de funcionamento do Lar e do Centro de Noite.

- Instrumentos de recolha de informação

Para a recolha de dados foi utilizado um inquérito por questionário composto por três partes: I. Caracterização sociodemográfica, II. Vida antes da institucionalização, III. Viver no lar e IV. Funcionalidade. A primeira parte do inquérito, Caracterização sociodemográfica, abarca questões como idade, sexo, estado civil, naturalidade, escolaridade, trajeto profissional, tempo em que reside no lar, motivo de institucionalização, relação com a diretora técnica e conhecimento da vida do lar.

Através da segunda parte, Vida antes da institucionalização, procura-se conhecer a vida do idoso antes de ingressar no lar através de questões sobre com quem vivia, onde vivia, condições habitacionais, visitas, ocupação do tempo livre e funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária através do Índice de Lawton e Brody (Sequeira,2007). Na terceira parte, Viver no lar, procura-se identificar as principais diferenças entre a sua casa e o lar, colocando questões sobre o conhecimento prévio da Instituição, diferenças entre o lar e a sua casa, mudanças ocorridas após a institucionalização, ocupação do tempo livre, participação nas atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal, espaço individual, saídas ao exterior, gestão da vida diária, visitas e gestão do dinheiro. Por fim, na última parte, procura-se avaliar a funcionalidade para as atividades básicas da vida diária através do Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Collin, 1988; adaptado por Sequeira, Ribeiro e colbs, 2007). O inquérito foi administrado entre o dia 13 e 27 de Outubro de 2014.

O quotidiano dos participantes dos estudos foi observado durante uma semana, tanto na valência de Lar, como na valência de Centro de Noite, tendo-se para tal construído uma grelha de observação. Preenchida diariamente, de 2^a a 6^afeira, foram registadas todas as atividades executadas pelos participantes ao longo do dia, desde que se levantavam até que se deitavam.

Com recurso aos estatutos da Instituição e ao regulamento interno das valências em estudo foi possível conhecer as normas de funcionamento da Instituição, bem como conhecer a equipa técnica e operacional.

- Caracterização da amostra

A investigação foi desenvolvida em contexto institucional numa IPSS do concelho de Viana do Castelo. Esta instituição integra seis respostas sociais: Lar, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Noite, Creche e protocolo do Rendimento Social de Inserção, cujo número de utentes é de, respetivamente, 31 utentes, 17 utentes, 30 utentes, 13 utentes, 33 utentes e 125 agregados familiares.

Dada a especificidade do estudo, e uma vez que se insere na área da Gerontologia Social, foram definidos os seguintes critérios de seleção da amostra: i) idade igual ou superior a 65 anos; ii) não portador de demência e/ou perturbação psíquica, possuindo assim capacidade de resposta coerente e orientada; e, iii) frequentar as valências de Lar ou Centro de Noite.

Assim, trata-se de uma amostra não probabilística dado que foi selecionada mediante critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (Carmo & Ferreira, 1998).

A amostra do estudo, composta por 15 participantes, foi submetida à aplicação de um inquérito por questionário. A reduzida amostra deve-se ao facto de, embora os utentes das respostas sociais de Lar e de Centro de Noite serem no total 48 indivíduos, apenas 15 possuem capacidade de resposta coerente e orientada, como resultado de não possuírem patologias do foro neurológico e/ou psiquiátrico com consequências ao nível da resposta.

2.2.Caracterização Institucional

De acordo com os estatutos esta é uma associação de solidariedade social que tem por objetivo contribuir para a promoção da população de todas as idades da freguesia em que se localiza e circunvizinhas do concelho de Viana do Castelo. Por natureza jurídica trata-se de uma IPSS. Esta Instituição dispõe de seis respostas sociais: Lar, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Creche, Centro de Noite e protocolo do Rendimento Social de Inserção.

Ao nível de instalações, a Instituição divide-se em dois edifícios, sendo que num funcionam as respostas sociais de Lar, Centro de Dia e SAD, as primeiras respostas implementadas, e noutro, mais recente, funcionam as respostas de Creche e Centro de Noite. As condições físicas estão de acordo com a legislação em vigor da altura em que as respostas sociais foram implementadas, verificando-se que o Centro de Noite dispõe

de instalações e equipamentos mais atuais, sendo sobretudo privilegiada a existência de casa de banho privativa nos quartos.

Ambos os edifícios dispõem de fácil acessibilidade, dado que ambos possuem um elevador e o edifício mais antigo possui rampas de acesso. Há ainda uma ligação interior entre os dois edifícios, o que promove a interação entre os utentes e a dinamização de atividades em locais diferentes. O elevador do edifício mais recente, que tem implementadas as respostas sociais Creche e Centro de Noite, é de curtas dimensões, o que não permite que nele entrem macas, sendo por isso necessário utilizar a ligação entre os edifícios, sendo esta uma limitação. Relativamente ao mobiliário disponível, este apresenta-se em bom estado de conservação, sendo de destacar nesta área o facto de o mobiliário do edifício mais recente ser claramente mais moderno. Os edifícios são arejados diariamente, ajustando-se os métodos utilizados às condições climatéricas existentes. Dá-se preferência à iluminação natural, todavia os espaços são bem iluminados, de forma a evitar quedas e a proporcionar condições adequadas. Todos os espaços se encontram sinalizados, como previsto na lei.

Os espaços verdes declaram-se reduzidos para a dimensão da Instituição, pois apenas existe um espaço exterior no edifício mais antigo, com um pequeno jardim.

A resposta social de **Lar de Idosos**, com capacidade para 31 utentes surge do acordo de cooperação para esta resposta social com o Centro Distrital de Segurança Social de Viana do Castelo. Assegura a prestação dos seguintes serviços: alojamento permanente, alimentação, cuidados de higiene e conforto, cuidados médicos e de enfermagem, higiene e tratamento de roupas, apoio na administração de medicação, apoio na marcação de consultas e exames, acompanhamento ao exterior, apoio psicossocial e atividades de animação, ocupação e convívio/ lazer. Com o intuito de satisfazer as necessidades dos seus utentes são disponibilizados outros serviços/ atividades complementares como fisioterapia, tanto em clínica como na instituição, visitas a familiares, transporte e acompanhamento em consultas médicas particulares/ outros, cabeleireiro, pedicure/manicure, entre outros. As instalações são compostas por: onze

quartos duplos, nove quartos individuais, sete casas de banho mistas, uma sala de convívio com bar, uma sala de visitas, uma sala de estar para os utentes, uma capela, um refeitório e respetiva copa, um consultório médico/ enfermagem, uma secretaria, dois gabinetes técnicos, um gabinete de cabeleireiro/estética, uma sala de costura, três dispensas, um armazém, uma cozinha, uma lavandaria e uma garagem. Possui ainda instalações que se dirigem ao uso exclusivo do pessoal: o vestiário, o refeitório e a casa de banho com chuveiro. O valor da mensalidade corresponde a 85% dos rendimentos mensais dos utentes, podendo ser acrescida uma participação dos descendentes ou outros familiares que assumam essa responsabilidade. O transporte é disponibilizado, de forma gratuita, pelo Lar para a participação em passeios e atividades de natureza cultural e recreativa promovidas pela instituição. Para consultas e exames, o transporte deve ser assegurado, em princípio, pelos familiares do utente. A comunicação com o exterior pode ser feita através de contacto telefónico e da receção de visitas de familiares ou amigos. As despesas das comunicações realizadas pelos utentes são suportadas pelos mesmos. O horário das visitas é das 9h30 às 18h, com pausa para almoço das 12h às 14h. Para integrar esta resposta social devem verificar-se as seguintes condições: ser uma pessoa idosa, ou seja, maior de 65 anos, que demonstre vontade de ser admitida ou, na sua impossibilidade, quem legitimamente a representar no ato da candidatura; ser uma pessoa com menos de 65 anos, desde que a sua necessidade de ser acolhida na Instituição seja comprovada e devidamente justificada, caso a caso; não sofrer de doença, perturbação mental grave ou dependência de substâncias que coloque em risco a integridade física e o bem-estar dos outros utentes e/ou perturbe o normal funcionamento do lar; e, não possuir condições para permanecer no domicílio. Para esta valência estão ainda definidos os seguintes critérios de prioridade: carência económica do utente/família; a dependência para a satisfação das necessidades básicas; ausência de retaguarda familiar e suporte social; indisponibilidade/ incapacidade da família ou de outras figuras para a prestação dos cuidados necessários; ausência de outras respostas adequadas à situação/ esgotamento das respostas possíveis; frequência de outras respostas sociais da instituição; residência ou naturalidade na área geográfica envolvente ao Lar; existência de pessoas de referência do cliente a frequentar o Lar;

situação de risco social (isolamento social e geográfico, ambiente familiar desajustado, etc); situação de emergência social ou situação encaminhada pelos serviços da Segurança Social; e, outros, a considerar pela Direção.

Esta resposta social é ocupada por 31 utentes com idades compreendidas entre os 52 e os 95 anos de idade, dos quais a maioria é do sexo feminino. As suas habilitações são muito reduzidas, a maioria dos utentes tem a 4ª classe, sendo que apenas um tem um curso de comércio. As patologias mais comuns são: diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidémia e demência.

A resposta social de **Centro de Noite**, com capacidade para 13 utentes, que iniciou a sua atividade em Abril de 2013, funciona atualmente em regime de “lar privado”, dada a baixa procura da resposta social indicada. Funciona 24 horas, todos os dias, assegurando a prestação dos seguintes serviços: alojamento permanente, alimentação, cuidados de higiene e conforto, cuidados médicos e de enfermagem, higiene e tratamento de roupas, apoio na administração de medicação, apoio na marcação de consultas e exames, acompanhamento ao exterior, apoio psicossocial e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal. Com o intuito de satisfazer as necessidades dos seus utentes são disponibilizados outros serviços/ atividades complementares como produtos e utensílios de higiene, fisioterapia, tanto em clínica como na instituição, visitas a familiares, transporte e acompanhamento em consultas médicas particulares/ outros, cabeleireiro, pedicure/manicure, entre outros. As suas instalações são compostas por: 7 quartos (3 individuais e 5 duplos) com casas de banho privativas, sala de convívio, espaço para visitas, três casas de banho para visitas no hall de entrada, bar, sala de refeições, gabinete técnico e espaço para arrumos. O tratamento de roupas é processado num espaço próprio no piso inferior do edifício em que esta resposta social funciona. A mensalidade é de 950 €, acrescendo valores com eventuais despesas extra. O transporte é disponibilizado, de forma gratuita, pela Instituição para a participação em passeios e atividades de natureza cultural e recreativa, promovidas pela instituição. Para consultas e exames, o transporte deve ser assegurado, em princípio, pelos familiares do utente. A comunicação com o exterior pode ser feita através de contacto telefónico e da

recepção de visitas de familiares ou amigos. As despesas das comunicações realizadas pelos utentes são suportadas pelos mesmos. O horário das visitas é das 9h30 às 19h, com pausa para almoço das 12h às 14h30, sendo que caso as visitas sejam feitas de manhã estas deverão ser comunicadas previamente. Para integrar esta resposta social devem verificar-se as seguintes condições: ser uma pessoa idosa, ou seja, maior de 65 anos, que demonstre vontade de ser admitida ou, na sua impossibilidade, quem legitimamente a representar no acto da candidatura; ser uma pessoa com menos de 65 anos, desde que a sua necessidade de ser acolhida na Instituição seja comprovada e devidamente justificada, caso a caso; não sofrer de doença, perturbação mental grave ou dependência de substâncias que coloque em risco a integridade física e o bem-estar dos outros utente e/ou perturbe o normal funcionamento do lar; e, não possuir condições para permanecer no domicílio. Para esta valência estão ainda definidos os seguintes critérios de prioridade: carência económica do utente/família; a dependência para a satisfação das necessidades básicas; ausência de retaguarda familiar e suporte social; indisponibilidade/incapacidade da família ou de outras figuras para a prestação dos cuidados necessários; ausência de outras respostas adequadas à situação/ esgotamento das respostas possíveis; frequência de outras respostas sociais da instituição; residência ou naturalidade na área geográfica envolvente ao Lar; existência de pessoas de referência do cliente a frequentar o Lar; situação de risco social (isolamento social e geográfico, ambiente familiar desajustado, etc); situação de emergência social ou situação encaminhada pelos serviços da Segurança Social ou outras entidades do âmbito da saúde; e, outros, a considerar pela Direção.

Os utentes desta resposta social têm idades compreendidas entre os 75 e os 99 anos, sendo a maioria do sexo feminino. A sua escolaridade é baixa. Distinguem-se diferentes profissões, sendo a predominante a agricultura. A demência é a patologia que mais se verifica.

Para que as várias respostas sociais que a Instituição proporciona possam funcionar com qualidade de forma a satisfazer as necessidades de todos os seus utentes, mostra-se

relevante a existência de uma Direção que assume a parte da tomada de decisões e tenta cumprir a missão a que a Instituição se propõe. Da mesma forma, a existência de uma equipa de recursos humanos é também relevante no sentido em que coloca em prática todo um conjunto de serviços que visem a satisfação das necessidades dos utentes e ainda um conjunto de parceiros.

Os recursos humanos da Instituição representam um recurso fundamental para o sucesso ou insucesso institucional, assim como se revelam importantes no cumprimento da missão. Os colaboradores podem realizar a mesma função ou funções distintas, porém o trabalho é sempre interdependente e o bem-estar do utente depende, directa ou indirectamente, dessa execução. O trabalho em equipa é valorizado. Dispõe de uma equipa de recursos humanos multidisciplinar: uma educadora social (diretora técnica), uma animadora sociocultural (a tempo parcial), uma educadora social (RSI), uma encarregada geral, uma escriturária de 3ª, uma psicóloga (RSI), uma enfermeira, duas gerontólogas, uma fisioterapeuta, uma psicomotricista, duas educadoras de infância, três ajudantess de ação educativa, 3 ajudantes de cozinha, 18 ajudantes de ação direta, 13 auxiliares de serviços gerais e 5 voluntários (1 médica, 1 padre, 1 animadora, 1 esteticista e 1 professora de yoga).

O registo do pessoal é atualizado de forma permanente pela Instituição, através da indicação dos nomes, idade e admissão, tipo de contrato, categoria profissional, promoções, datas de início e fim de férias e faltas que impliquem perda de retribuição ou diminuição das férias. O registo do trabalho é feito através da assinatura no Livro de Ponto e a impressão digital num aparelho biométrico à entrada e à saída, permitindo conferir a assiduidade e pontualidade dos colaboradores. O vencimento dos funcionários é individualizado, sendo orientado pela hierarquia estabelecida. Cada colaborador deverá possuir duas fardas, no sentido de apresentar a farda sempre asseada. A farda é constituída por bata e touca, sendo que esta última é apenas obrigatória aquando do contacto com a comida. A farda é fornecida pela Instituição no ato da admissão. O calçado deve ser branco e antiderrapante.

No âmbito da transmissão de directrizes na secção da alimentação, a ementa é preparada pelo responsável técnico do setor, com base em orientações da nutricionista que outrora desenvolveu estágio profissional. Há também o especial cuidado de adaptar a ementa às necessidades nutricionais dos utentes, assim como se tem em conta as preferências dos mesmos.

Na área da saúde, as informações são transmitidas diretamente pela diretora técnica e coordenadora técnica à enfermeira, sendo que esta passa a informação para a encarregada geral, e esta, posteriormente, para as auxiliares.

A Instituição tem o dever de apoiar a formação profissional adequada à sua qualificação, sendo que o colaborador deverá participar de modo diligente nas ações de formação profissional que lhes são proporcionadas.

As parcerias existentes na Instituição são: Junta de Freguesia de Alvarães, Junta de Freguesia de Mazarefes, Junta de Freguesia de Vila Franca, Junta de Freguesia de Vila Fria, Centro de Bem-Estar Infantil de Alvarães, Centro Social e Paroquial de Alvarães, Conferência S. Vicente de Paulo de Alvarães, Câmara Municipal de Viana do Castelo, Santa Casa da Misericórdia de Valença, Clínica de Santa Marinha (Medicina Física e Reabilitação), Centro de Reabilitação de Mujães, Centro de Saúde de Barroelas e Extensão de Alvarães, Agrupamento de Escolas de Monte da Ola, Centro de Emprego de Viana do Castelo, Centro de Formação Profissional de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação, Centro Hospitalar do Alto Minho, Farmácia Francisco Passos Carneiro e Centro Distrital de Segurança Social de Viana do Castelo.

Através dos Estatutos da Instituição, constata-se que a governação da Instituição é exercida pela Assembleia Geral, Direção e Conselho Fiscal. A duração do mandato dos corpos gerentes é de três anos, sendo que se procede à sua eleição durante o mês de Dezembro do último ano de cada triénio. Importa aqui referir que os membros dos corpos gerentes só podem ser eleitos consecutivamente para dois mandatos, a não ser

que a Assembleia Geral reconheça expressamente que é impossível ou inconveniente proceder à sua substituição. Nesta associação de solidariedade social os membros dos corpos gerentes não podem votar em assuntos que diretamente lhes digam respeito ou que estejam relacionados com significativos. A Assembleia Geral é constituída por todos os associados que também podem ser eleitores. A Mesa da Assembleia Geral é composta por um presidente e dois vogais. A Direção desta associação é composta por cinco elementos (presidente, vice-presidente, secretário, tesoureiro e vogal) que tem por hábito reunir-se no final de cada mês, a fim de tomarem decisões em prol do bom funcionamento da Instituição e do bem-estar de todos os utentes. Importa aqui destacar o facto de que os utentes da Instituição não fazem parte dos corpos gerentes, não se verificando por isso o seu parecer ao nível das decisões relativas ao seu bem-estar e, direta ou indiretamente, relacionadas com o bom funcionamento da Instituição.

A Direção Técnica é composta por uma profissional com licenciatura em Educação Social, pós-graduação em Gestão das Organizações Sociais e Psicogerontologia de intervenção e mestranda em Gestão das Organizações Sociais. A diretora técnica acompanha o funcionamento das várias respostas sociais que compõem a Instituição, acumula a função de coordenação técnica da Creche e executa tarefas executivas, administrativas e burocráticas implícitas ao bom funcionamento da instituição. É ainda responsável pela dinamização do Atelier de Informática que decorre todas as 5^{as} feiras no período da manhã no espaço criado para o efeito, como fruto do Prémio BPI Sêniores 2013 que permitiu reunir os recursos necessários.

A Instituição, concretamente nas respostas em estudo, possui uma equipa multidisciplinar composta por seis elementos de cinco áreas de formação diferentes: Gerontologia (2 profissionais), Animação Sociocultural, Enfermagem, Psicomotricidade e Fisioterapia. Esta equipa reúne, pelo menos, uma vez por mês, a fim de discutir assuntos relacionados com os utentes, definir linhas de intervenção perante as situações discutidas, organizar atividades institucionais, distribuir tarefas ao nível do plano de atividades mensal, definir a escala de fim-de-semana mensal e aprovar Planos

Individuais. Esta equipa caracteriza-se por um forte dinamismo, dada a sua preocupação e dedicação em ir além daquilo que é esperado da sua área de formação.

As profissionais da área da Gerontologia acumulam a função de coordenação técnica, estando uma com as responsabilidades associadas às valências de Lar e de Centro de Dia, e outra às valências de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Noite. A estas profissionais cabe a gestão das equipas das valências que coordenam, o acompanhamento do quotidiano dos utentes, a intervenção psicossocial (visitas domiciliárias, atendimentos e contactos com os familiares responsáveis, gestão e organização dos processos individuais dos utentes, acompanhamento do estado de saúde dos utentes, gestão de conflitos e diálogos assentes na mediação e negociação). Mensalmente, é organizado o conselho de residentes, sendo que se reúnem os utentes e se discutem assuntos de índole organizacional. Por outro lado, colaboram nas atividades previstas no plano mensal e dinamizam ações de sensibilização de carácter informativo em prol do envelhecimento ativo de todos os utentes. Proporcionam ainda atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal, sobretudo atividades lúdicas e plásticas, sempre que os responsáveis pelo plano de atividades semanais se encontram ausentes.

A animadora sociocultural é responsável pelo plano de atividades semanal da valência de Lar, encontrando-se na Instituição a tempo parcial, concretamente às 2^a, 4^a e 6^afeiras. Dinamiza várias atividades de ocupação, privilegiando atividades plásticas, musicais e físicas, por se revelarem aquelas que os utentes mais apreciam. Na sua ausência são as técnicas de reabilitação (psicomotricista e fisioterapeuta) que asseguram estas atividades. Há ainda o cuidado desta profissional em reunir recursos que permitam manter os utentes ocupados em momentos de maior silêncio, destacando-se atividades como bordar e crochet, e ainda questionar os utentes sobre a atividade no exterior em que pretendem participar. Individualmente presta apoio em pequenas deslocações à Igreja, atendendo a pedidos específicos dos utentes. Colabora ainda na organização dos recursos necessários para as atividades institucionais. É ainda responsável pela organização das atividades tradicionais realizadas anualmente, nomeadamente a

Desfolhada, o Magusto, Natal, Carnaval, Dia do Senhor dos Enfermos, Páscoa e Festa das Cruzes e dos Andores Floridos, envolvendo os utentes na produção de enfeites, lanches ou outras tarefas associadas às festividades mencionadas.

A responsável pelos cuidados de saúde é uma profissional da área da enfermagem que se encontra na Instituição diariamente a tempo parcial (3 horas/ dia). As principais atividades desta profissional são acompanhamento do estado de saúde dos utentes, monitorização dos sinais vitais e peso, preparação da medicação semanal em grelha individual, orientação da equipa operacional e técnica no cumprimento de prescrições e orientações médicas e encaminhamento dos utentes para equipamentos de saúde adequados à sua situação. Mensalmente dinamiza uma ação de sensibilização focada nos principais problemas de saúde dos utentes, procurando prestar informação sobre as patologias de que padecem, os cuidados a ter e de que forma evitar situações de desconforto. Importa referir que, embora se cumpra a legislação em vigor, o tempo que esta profissional passa na Instituição é pouco face às necessidades de acompanhamento da condição de saúde e respetiva especificidade dos problemas de saúde característicos da velhice.

Na área da reabilitação conta-se com a intervenção de dois profissionais: 1 técnico de reabilitação psicomotora e 1 fisioterapeuta. Estes técnicos discutem as suas avaliações e definem um plano de intervenção específico para os utentes que revelem esta necessidade, de forma a não sobrepor intervenções. Às 3^{as}feiras, dinamizam atividades de estimulação sensorial, dirigidas aos utentes com maior grau de dependência física e cognitiva, atividades estas que se inserem no *Atelier 5 Sentidos*. Este atelier é dinamizado na sala de snoezelen, também fruto do Prémio BPI Séniores 2013.

A psicomotricista é responsável pelo plano de atividades semanal da valência de Centro de Noite em que se encontra às 2^a, 4^a e 6^afeiras, sendo a sua ausência complementada pela gerontóloga que assume a respetiva coordenação técnica, contando-se com a dinamização de atividades de grupo que visam aproximar e envolver os utentes. As atividades em que se verifica maior participação são atividades de praxia global

(ginástica), atividades plásticas e “Jornal da Semana” (elaboração de um documento que sintetiza os principais acontecimentos da semana). Dinamiza sessões de psicomotricidade individuais, tanto no Centro de Noite como no Lar, sendo estas compostas sobretudo por atividades de estimulação cognitiva, praxia fina, treino de marcha, entre outras. Semanalmente dinamiza sessões de psicomotricidade em meio aquático nas Piscinas Municipais de Barroelas, resultado de uma parceria estabelecida com a Câmara Municipal de Viana do Castelo, nas quais participam os utentes que manifestem esta vontade e apresentem independência física. Todas as 6^{as}feiras, na sala de convívio do Centro de Noite, organiza a projeção de um filme que permita aos utentes relembrar as suas atividades profissionais ou outros elementos da sua história de vida, sendo esta atividade denominada por *Atelier de Cinema*, contando com a participação dos utentes de Lar, Centro de Noite, Centro de Dia e Creche.

A fisioterapeuta desenvolve sessões de fisioterapia individuais no *Atelier de Reabilitação Física*, criado a partir do Prémio BPI Séniores 2013. Estas sessões carecem de interesse revelado pelos utentes e seus familiares, uma vez que se trata de um serviço extra. Estas sessões dirigem-se ainda a utentes do Serviço de Apoio Domiciliário cujas sessões são desenvolvidas no próprio domicílio, assim como a outros elementos da comunidade, sendo esta uma estratégia adotada para garantir a sustentabilidade deste profissional e seu espaço. Esta profissional dinamiza uma sessão de grupo semanalmente (5^afeira) dirigida aos utentes da valência de Lar na respetiva sala de convívio, sendo que esta se caracteriza por uma aula de ginástica que envolve vários e diferentes materiais como bolas e elásticos.

Todas as 3^{as}feiras de manhã é dinamizada uma aula de yoga desenvolvida por uma professora em regime de voluntariado que conta com uma elevada adesão de todos os utentes, numa primeira parte decorre na sala de visitas do Lar e numa segunda na sala de convívio do Centro de Noite. Outra atividade que os utentes privilegiam é o *Atelier de Música* em que, em conjunto, preparam atuações que apresentam à comunidade institucional, nomeadamente atuações musicais, de dança e teatro. Esta última é

dinamizada na sala de convívio do Centro de Noite todas as 5^{as}feiras, e conta com a apreciação dos familiares dos utentes.

São também desenvolvidas atividades no exterior em parceria com a Câmara Municipal de Viana do Castelo a partir do programa “Envelhecer com Qualidade”. Este programa visa a realização de quatro atividades mensais (baile, cinema, teatro e ação de sensibilização) que contam com a organização e participação das demais IPSS do concelho. Estas atividades realizam-se todos os meses do ano, à exceção do mês de Agosto. Ainda inserida neste programa surge a Gala Sénior que se caracteriza pela atuação de grupos de folclore estrangeiros que se encontram na cidade a participar no Festival Internacional. Anualmente é organizado um passeio a locais de especial interesse e significado para os utentes, sendo exemplo o ano de 2014 em que a Instituição se deslocou a Braga para visita ao Bom Jesus e ao Sameiro.

De forma a proporcionar um dia diferente aos utentes do Lar e do Centro de Noite e suas famílias, todos os anos em Agosto é dinamizada a *Festa da Família* em que cada utente acompanhado da sua família tem um serão diferente caracterizado por um jantar e animação musical. Cabe às famílias trazer a sobremesa desse dia. Por seu turno, todos os colaboradores são envolvidos nesta atividade, garantindo assim o sucesso da mesma. Neste momento são divulgadas fotografias dos utentes tiradas ao longo do ano representativas das atividades e festividades em que participaram. É dinamizada no mês de Agosto de forma a contar com a presença dos familiares que se encontram emigrados.

2.3. Apresentação dos resultados

O estudo de caso desenvolvido cruzou três técnicas de recolha de informação, como referido anteriormente, frisando-se o carácter flexível deste tipo de metodologia (Greenwood, 1965). O inquirido por questionário administrado tinha como intenção estabelecer uma comparação entre a vida antes da institucionalização e a vida após o ingresso no lar, pelo que se divide em quatro principais dimensões:

I. Caracterização sociodemográfica: com vista à caracterização da amostra foram levntadas questões como a idade, o sexo, o estado civil, a naturalidade, a escolaridade, o trajeto profissional, o tempo em que reside no lar, o motivo de institucionalização, a relação com a diretora técnica e o conhecimento que detém acerca do quotidiano e assuntos do lar.

II. Vida antes da institucionalização: com o intuito de conhecer um pouco da história de vida do utente no momento que antecedeu a sua institucionalização, através das questões colocadas, foi recolhida informação sobre o agregado familiar, a localização da sua habitação e respetivas condições, as visitas que habitualmente recebia e a maneira como ocupava o tempo livre.

III. Viver no lar: de forma a estabelecer uma comparação com a vida antes da institucionalização colocaram-se questões sobre o conhecimento prévio da Instituição, diferenças entre o lar e a sua casa, as mudanças sentidas após a institucionalização, as formas de ocupação do tempo livre, avaliação da sua participação nas atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal desenvolvidas, caracterização do espaço individual, as saídas ao exterior, a gestão da vida diária e as visitas que habitualmente recebe.

IV. Funcionalidade: esta dimensão foi avaliada em duas fases. Uma primeira, com o intuito de avaliar a funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária, do Índice de Lawton e Brody (Sequeira, 2007), pedindo-se ao inquirido que remontasse ao período que residia em casa para que fosse possível estabelecer uma comparação da retaguarda familiar de que dispunha, e uma segunda, referente à condição atual, em que através do Índice de Barthel (Sequeira, 2007) foi avaliada a funcionalidade para as atividades básicas da vida diária.

a) Caracterização sociodemográfica

O estudo desenvolvido incidiu, como já referido, sobre as respostas sociais Lar e Centro de Noite, e teve como objetivo avaliar o impacto do processo de institucionalização na vida dos idosos.

A frequentar estas valências conta-se um total de 48 utentes (31 em lar e 13 em centro de noite). A média da idade destes utentes é de, aproximadamente, 78 anos. Destes utentes, 36 são do sexo feminino (75%) e 12 do sexo masculino (25%). O estado civil predominante é viúvo (66,7%), sendo ainda maioritariamente naturais de Alvarães (47,9%). A escolaridade destes utentes é baixa: 45,8% não sabem ler, nem escrever e 39,6% tem a 4ª classe.

Para a amostra foram definidos os seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos, não portador de demência e/ou perturbação psíquica e frequentar as valências de Lar ou Centro de Noite. A definição dos critérios anteriormente referidos decorre da elevada dependência dos utentes destas respostas sociais consequentes de patologias neurológicas e psiquiátricas com implicações negativas ao nível da funcionalidade e da capacidade de resposta. Por outro lado, há ainda utentes com idade inferior a 65 anos, que foram excluídos da amostra, dado o carácter gerontológico do estudo.

A amostra é composta por 15 indivíduos que cumprem os critérios acima descritos.

Embora não fosse uma opção do inquérito administrado, importa mencionar que da amostra (n= 15), 4 dos participantes frequentam a resposta social de Centro de Noite.

Da amostra definida, 8 participantes têm menos de 80 anos e 7 têm mais de 80 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (73%). Tal como na globalidade dos utentes das respostas sociais em estudo, o estado civil predominante é viúvo e a naturalidade mais comum é Alvarães. Importa ainda referir que 53% dos participantes não sabe ler, nem escrever. No que diz respeito à profissão da vida ativa, estas são muito variadas; no entanto, de entre as respostas apresentadas, salienta-se a agricultura.

Para estudar o tempo de permanência no lar dos participantes, as respostas foram codificadas através da criação de dois grupos: menos de 5 anos e mais de 5 anos. Esta codificação deve-se à elevada dispersão relativamente a esta variável (desvio padrão= 73,5, média= 56,6 e mediana= 24), pelo que a medida mais adequada para avaliar é a

mediana. Verifica-se que 73,3% da amostra encontra-se no lar há menos de 5 anos e apenas quatro participantes se encontram institucionalizados há mais de 5 anos.

b) Vida antes da institucionalização

- Onde vivia antes de vir para o lar?

Verifica-se que a maioria dos inquiridos, antes do seu ingresso no lar residia nas freguesias circunvizinhas, tal como previsto no Regulamento Interno, destacando-se que 53% da amostra residia na freguesia em que a Instituição se situa.

- Com quem vivia antes de vir para o lar?

80% da amostra residia sozinho, enquanto 6,7% residia com os filhos.

- Como era a sua casa?

Dada a oportunidade aos idosos participantes de falarem sobre a sua casa, a maioria caracteriza a sua habitação como própria por ser fruto de uma vida e de tanto trabalho.

“A minha primeira casa foi feita por mim... Construí-a com as minhas próprias mãos, meia dúzia de tijolos e foi onde criei os meus 10 filhos. Agora, por último, morava num apartamento alugado... Mas nunca chegou a ser a minha casa.”

Nos seus discursos são também patentes as insuficientes condições ajustadas às suas necessidades e características, nomeadamente, a inexistência de casa de banho no interior da habitação, as dimensões das divisões da habitação, a falta de segurança e as tão comuns barreiras arquitetónicas. Dos discursos registados, destacam-se os seguintes:

“Era uma casa térrea e fraca com dois quartos, uma sala e uma cozinha. Lavava-me numa bacia, cá fora. Tinha uma casa de banho fora para as outras necessidades”

“Morava numa casa simples e modesta, só com um andar. Os corredores eram estreitos e tinham muitos apetrechos...”

- Em casa, era habitual receber visitas? Com que frequência?

A maioria da amostra (60%) referiu ser habitual receber visitas em casa. 8 inquiridos recebiam visitas dos seus filhos, sendo estas maioritariamente de frequência semanal. No que respeita à visita dos netos, apenas 4 participantes recebiam visita dos netos, dos quais 2 recebiam visita de frequência semanal e 2 de visita mensal. Quatro dos inquiridos recebiam visita dos seus bisnetos, cuja frequência varia entre semanal (25%), mensal (50%) e mensal (25%), o que contrasta com a visita dos irmãos/cunhados cuja frequência varia entre diária (25%), semanal (50%) e anual (25%). Dois dos participantes recebiam visitas de sobrinhos/afilhados com frequência semanal (50%) e anual (50%). Os vizinhos realizavam visitas diárias, ponto a que responderam 5 dos participantes do estudo. A visita de amigos de longa data era recebida por 4 dos inquiridos, sendo que a frequência desta visita varia entre diária (50%), semanal (25%) e anual (25%). Apenas um dos participantes referiu receber visitas semanalmente por parte de outros.

- Como costumava ocupar o seu tempo?

De uma maneira geral, os inquiridos, em casa, ocupavam o seu tempo mediante o seu grau de dependência e recursos de que dispunha, como se pode constatar no anexo C. Destas atividades destacam-se: tratar do jardim/ quintal/ horta, ir para o Centro de Dia e atividades espirituais.

As condições habitacionais, a ausência de retaguarda familiar e a situação de saúde são os principais motivos que conduziram à institucionalização dos participantes do estudo.

c) Viver num lar de idosos

- Como soube da existência deste lar?

Quando questionados sobre a forma “*Como soube da existência deste lar*”, registam-se diferentes respostas:

- 3 dos participantes referiram ter conhecimento do lar pelo “Senhor Reitor”.

“Foi o Senhor Reitor que disse às minhas filhas...” “Foi o Senhor Reitor...”

- Ser residente na freguesia de Alvarães é outra forma que permitiu a três dos inquiridos saber da existência da Instituição.

“Eu já sabia que havia um Lar em Alvarães. E depois vim para aqui...”

“Já sabia há muitos anos que este lar existia...”

“Sempre foi um referência da freguesia, da minha freguesia...”

- Três dos inquiridos eram utentes de outras valências, como o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário”.

“Antes a comida vinha para casa, Agora estou aqui.”

“Antes andei no Centro de Dia e á noite uma mulher tomava conta de mim... Fui operada ao coração e aqui estou...”

“Antes era utente do Domicílio e uma prima minha falou-me do lar...”

- A informação transmitida pela rede familiar e de proximidade foi a forma de conhecimento predominante pois foi aquela em que se verificou maior número de respostas (6). Destes, curiosamente uma senhora refreiu que teve conhecimento da Instituição a partir da sua antiga empregada, hoje colega de quarto.

“A minha irmã é que tratou de tudo”

“O meu filho, depois de eu ficar assim, andou a ver lares e vim parar a este...Foi a minha saúde que me trouxe até aqui”

“O meu filho é que tratou de tudo. O santo do meu filho...”

“Foi a minha nora quem me deitou a mão”

“A minha prima é que me ajudou a tratar de tudo...”

“Pela minha antiga empregada que hoje é minha companheira de quarto...”

- *Quais as principais diferenças entre o lar e a sua casa?*

Quando abordadas as diferenças entre a sua casa e o lar, as respostas registadas são muito diferentes entre si. No entanto, ao analisar as respostas registadas, verifica-se que as mesmas se focam sobretudo nos seguintes aspetos: dimensão, apoio na vida diária, preocupação, regras, horários, simpatia dos colaboradores, dependência na tomada de decisões e ausência da família.

“Há maior controlo de uma pessoa. Aqui há regras, horários e ajuda. Nunca estamos sozinhos.”

“Aqui a gente anda sempre com outra gente. E tenho a atenção de todas as meninas que são todas muito atenciosas. Em casa passava muita miséria, muito frio, muita solidão”

“Aqui é sempre hora de comer. Não sei de nada do que se passa, nem vejo nada... Oh, é triste!”

“Muitas... A comida qui é meia atrapalhada. Em casa tinha sempre a minha família por perto.”

“Aqui há regras, não sou eu quem decide o que fazer, nem quando fazer...”

“Em minha casa contava comigo e tudo estava por minha conta... Mais nada, mais ninguém...”

“Aqui há regras. Basta eu me levantar que lá vem alguma atrás de mim e pergunta sempre onde vou e se quero ajuda. Aqui sabe, entra e sai muita gente...”

- Desde que veio para o lar, o que mudou na sua vida?

A análise das principais mudanças sentidas pelos inquiridos pode ser avaliada mediante dois pólos: um positivo e outro negativo. Embora tendo deixado a sua casa, que tanto custou a construir e/ou a ter, treze dos participantes reconhecem que a sua admissão em lar foi a melhor solução para as suas necessidades, dada a sua situação de saúde e consequente dependência.

“Ganhei vida. Tenho o que comer, tenho água, tenho medicamentos e tenho ajuda de verdade.”

“Estou bem, posso dizer que estou melhor. Como se costuma dizer: cama, comida e roupa lavada. O que é que a gente quer mais?”

Esta visão positiva das mudanças ocorridas após a institucionalização pode ainda relacionar-se com alguns dos motivos que conduziram à institucionalização, concretamente, ausência de retaguarda familiar e condições habitacionais.

“Tenho uma vida em condições. Até banho com água quente posso tomar.”

“Aqui sou bom... Tenho coisas que em casa não tinha”

“Aqui tenho condições e apoio para viver da maneira que me encontro. Não que a minha família não me ajude, mas tenho de aceitar que têm a vida delas...”

Em contrapartida, foram registadas respostas que levam a interpretar as mudanças após o ingresso na Instituição como negativas. Esta interpretação baseia-se na perda de autonomia ao nível da escolha da roupa, da organização do espaço individual e da gestão do dinheiro, assim como no afastamento da sua casa, do seu meio e da sua vizinhança.

“Aqui não sou eu quem escolhe a roupa, nem quem trata da lida da casa. Já não sou que faço nada”

“Tudo... Perdi tudo, até quem eu era. A minha alegria e os meus amigos...”

“Desde que deixei a minha casa que é a minha nora quem toma conta de tudo, até dos papéis. Desde que par aqui vim que não tenho tostão no bolso, não tenho nada se precisar...”

- Como costuma ocupar o seu tempo na Instituição?

A ocupação do tempo livre na Instituição passa sobretudo por ver televisão, opção que registou 66% de respostas. Outras atividades referidas são a visita a amigos ou familiares (7%) e 27% da amostra apontou outra atividade, nomeadamente, bordar, ler e tratar do jardim, sendo a mais predominante rezar.

- Costuma participar nas atividades dinamizadas?- Quais as atividades em que mais gosta e menos gosta de participar?- Quais as atividades em que mais participa?

Apenas 13 dos participantes responderam às questões relativas à atividade em que mais gosta e menos gosta de participar. Das atividades que mais gostam de participar, as que mais se destacam são as atividades espirituais, seguidas das saídas ao exterior. Das que menos gostam de participar sobressai as atividades formativas, seguidas das saídas do exterior. É notória uma ambivalência no que concerne à preferência por saídas ao exterior, sendo esta atividade vista positiva quando os utentes a assumem como oportunidade de sair da Instituição, e como negativa quando referem sentir-se incomodados com o facto de ter de se vestir e descer para o piso inferior da Instituição para que possam entrar na viatura e sair. Verifica-se uma maior participação em atividades espirituais, o que vai de encontro quando 5 participantes apontam esta como a atividade que mais gostam.

Colocada a questão sobre o motivo pelo qual participam nas atividades, assim como o motivo pelo qual não participam, regista-se um total de 15 respostas, equivalente à amostra definida. Onze dos participantes apontam o motivo pelo qual participam nas atividades dinamizadas, destacando-se o motivo “Para quebrar a rotina” (45%). Por outro lado, quatro participantes nomeiam o motivo pelo qual não participam nas atividades, sendo que 3 selecionaram a opção “Porque não gosto de barulho, nem de estar com muita gente” e 1 “Porque não tenho capacidade”.

- Quais os espaços da Instituição onde passa mais tempo?

A sala de convívio é o espaço em que 80% da amostra passa mais tempo durante o dia. Destaca-se aqui o facto de a maioria dos utentes ter limitações motoras que

condicionam a sua deambulação, assim como o facto de as atividades dinamizadas se realizarem, na maior parte, neste espaço. No entanto, é sempre dada oportunidade aos utentes de se deslocarem para outros espaços ao longo do dia, como o quarto ou o jardim.

- Pensando agora no quarto que ocupa(...)

Definido no regulamento interno de ambas as respostas sociais em estudo, encontra-se definida uma cláusula referente à ocupação do espaço individual (quarto). Segundo esta cláusula, o utente ocupa o quarto decorrente da vaga que ocupa, estando esta de acordo com os critérios de admissão definidos, dos quais se destaca o grau de dependência física. No que diz respeito ao tipo de quarto que cada utente ocupa, verifica-se que 87% da amostra ocupa quarto duplo. Outro dado a destacar é o facto de apenas 20% da amostra ter sido o próprio a escolher o quarto que atualmente ocupa. Além desta opção de resposta, existiam outras duas, “A diretora técnica” e “Era o único quarto livre”, tendo-se registado para ambas uma percentagem de 40%.

- Tem autorização para sair sozinho da Instituição?

Da amostra em estudo, apenas 40% tem autorização para sair sozinho da Instituição. Fazer pequenas compras, visitar amigos e familiares e ir ao cemitério são as atividades que os utentes com autorização costumam praticar.

- Os horários estabelecidos pela Instituição são parecidos com aqueles que habitualmente praticava em casa? -Se não, descreva as principais diferenças.

53% da amostra considera os horários da Instituição diferentes daqueles que mantinham em casa. Os principais motivos que caracterizam as diferenças apontadas pelos utentes ao nível da organização do seu quotidiano registados são: a inexistência de horários, a gestão autónoma do seu quotidiano, a hora de acordar, o apoio recebido e a existência de regras e normas.

“Em casa não tinha horários”

“Acordava sempre mais cedo e tinha sempre de esperar pela senhora que a minha mais nova contratou. Em casa estava sempre à espera.”

“Eu antes decidia tudo. Era eu por minha conta, aqui andamos como elas querem”

“Em casa eu tinha os meus horários... E tinha outros mimos, outra rotina, outra maneira de viver...”

“Aqui há regras para cumprir... Dependo de tudo e dos outros”

- Por norma, é você quem escolhe a sua roupa?

Uma outra questão associada à gestão da vida diária passa pela escolha do vestuário. Da amostra, sabe-se que 47% escolhe a sua própria roupa, pois é de sua vontade manter a sua autonomia a esse nível.

”Sei o que tenho e enquanto eu puder sou eu quem manda.”

“Gosto de saber aquilo que tenho.”

“Porque quero... Sei bem o que tenho. Sei também o que me faz falta.”

“Porque é a única forma de ser eu próprio. No entanto, sou ajudado para ver se as roupas estão em condições e se as cores combinam”

“Porque sempre trabalhei com roupa... E gosto de ser eu a escolher...”

Por outro lado, 53% da amostra diz serem os colaboradores a fazê-lo. Com efeito, para esta última opção, os motivos recolhidos são a associação entre idade e incapacidade, a criação de hábitos de dependência, a dependência na funcionalidade para as atividades da vida diária e a confiança e segurança como base das relações interpessoais estabelecidas.

“Eu já sou velha, não posso fazer nada.”

“Porque eu não sei combinar coisas. Elas escolhem e eu visto-me.”

“Se elas escolhem para que é que eu vou escolher?”

“Confio nas meninas... Peço só que não me deixem andar a cheirar mal, nem que ande mal parecida”

“Porque além de não saber o que tenho, perdi vontade e o gosto de tudo”

“Porque eu não posso e são elas quem cuidam de mim. Não tenho saúde, não posso trabalhar”

“Eu tenho dificuldades em andar... Caio muitas vezes. E elas têm sempre medo que eu caia...”

- É habitual receber visitas?. Com que frequência?

As visitas declaram-se uma das formas de os utentes manterem contacto com os seus familiares e outros significativos, assim como de manter contacto com o exterior. 67%

da amostra declara ser habitual receber visitas na Instituição. Cinco dos participantes recebe visitas por parte dos filhos, três semanalmente e dois mensalmente. Três inquiridos recebem visitas por parte dos netos, sendo a frequência predominante semanal (67%). Ainda com frequência semanal, um dos participantes recebe visita dos bisnetos. Semanalmente é também comum receberem visitas de irmãos/cunhados, o que se verifica na situação de quatro dos participantes. Sobrinhos/Afilhados e amigos de longa data, outras opções de resposta, foram ambas assinaladas por um dos participantes, com frequência anual.

- Tem conhecimento do valor da sua mensalidade e do valor médio das suas despesas extra? - Se não, quem apoia a gestão do seu dinheiro?

No que concerne ao conhecimento dos utentes acerca da sua mensalidade, verifica-se que apenas 13% da amostra tem conhecimento de quanto paga para estar no lar e o valor das suas despesas extra. Maioritariamente são os filhos quem assume a gestão do dinheiro e conseqüentemente se responsabiliza pelo pagamento das despesas inerentes à sua institucionalização.

d) Funcionalidade

A funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária foi avaliada a partir do índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007), pedindo ao participante para remontar ao período em que ainda se encontravam em casa, tendo-se obtido os seguintes resultados: 20% da amostra é severamente dependente, 73% moderadamente dependente e 7% independente. Constata-se que apenas um dos participantes era independente na funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária.

Foi avaliada a funcionalidade da amostra para as atividades básicas da vida diária através do Índice de Barthel (Sequeira, 2007), tendo-se registado que 7% da amostra é dependente, 53% ligeiramente dependente, 33% moderadamente dependente e 7% severamente dependente.

2.4. Análise dos resultados e conclusões

A par das transformações demográficas atuais, marcadas pelo envelhecimento populacional, assiste-se a um aumento das famílias compostas por apenas uma pessoa, o que é enfatizado pelo facto de muitos idosos residirem sozinhos como fruto do seu estado civil (viuvez) e das alterações familiares que se têm vindo a assistir (Rosa & Chitas, 2010). Segundo a perspectiva de Fernandes (1997), nas sociedades tradicionais, os idosos permanecem integrados nos sistemas económico e social através da partilha de tarefas e desempenho de funções, conduzindo à diminuição das suas responsabilidades como consequência das limitações decorrentes da idade. Assim, quando constatado que a rede de solidariedade primária é insuficiente, ou até mesmo inexistente, as instituições de solidariedade social declaram-se a melhor resposta (Pimentel, 2001). Efetivamente as alterações da esfera familiar a que se assiste, conduzem necessariamente ao recurso a equipamentos sociais, quer inseridos na rede de solidariedade de serviço público, quer na rede privada. O Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário são respostas que visam evitar e/ou retardar o processo de institucionalização. Todavia, o envelhecimento populacional acarreta consigo implicações limitativas tanto no domínio da saúde, como das capacidades funcionais, dificultando a permanência do idoso no seu domicílio. Por outro lado, as condições de trabalho, em particular das mulheres, e a organização espacial da habitação que impede a proximidade das diferentes gerações, aumentam a dificuldade de as famílias prestarem os cuidados necessários, acelerando assim o recurso à institucionalização. Esta evidência encontra-se patente no estudo realizado quando analisados os principais motivos de ingresso no lar (condição de saúde, ausência de retaguarda familiar e défices condições habitacionais) cruzados com o grau de dependência na funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária e o nível de escolaridade.

A variabilidade interindividual e plasticidade intraindividual são conceitos que, em conjunto, enquadram o modo como os organismos se adaptam à mudança e sugerem a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico (Fonseca, 2005). Esta perspectiva teórica vai de encontro à ambivalência expressa no que

concerne às mudanças sentidas após o ingresso no lar, a par do impacto do processo de institucionalização na vida dos idosos, em que parte dos participantes a entende como positiva pelo facto de as suas condições de vida melhorarem e outra parte como negativa por verem a sua autonomia diminuída. Esta conclusão alia-se ao parecer de Paúl (2005) que apresenta o processo de envelhecimento como heterogéneo, uma vez que os resultados de autonomia e satisfação variam entre sujeitos e grupos. As diferentes respostas poderão ainda estar relacionadas com o facto de a identidade do idoso ser dominada pelas diferentes experiências vividas ao longo da vida (Marchand, 2005), sendo ainda de valorizar a visão negativa que a sociedade atual detém acerca do envelhecimento (Lopes, 2001). Acresce, ainda, o facto de a entrada no lar representar muitas vezes, para o idoso, o último período da trajetória de vida sem expectativas ou possibilidades de retorno (Pimentel, 2001). Desta forma, poderá concluir-se que o impacto do processo de institucionalização na vida do idoso varia de indivíduo para indivíduo, estando fortemente relacionado com o motivo de ingresso no lar, a sua história de vida, as suas condições de vida, a retaguarda familiar de que dispõe, o grau de dependência e o poder de decisão/ autonomia. As evidências desta conclusão estão claramente expressas quando avaliamos as principais diferenças entre o domicílio e a instituição (dimensão, apoio na vida diária, regras, horários, simpatia dos colaboradores, dependência na tomada de decisões e ausência da família). Esta conclusão alia-se ainda ao parecer de Tap (1996) quando afirma que é de extrema relevância procurar os determinantes e dinâmica do próprio indivíduo e da sua relação com a evolução das condutas ao longo do ciclo vital, bem como analisar a função dos sentimentos e dos valores na orientação do indivíduo.

Cruzando a caracterização sóciodemográfica da amostra com a avaliação da funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária através do Índice de Lawton e Brody (Sequeira, 2007), partindo da tabela 3, é possível retirar as seguintes conclusões:

- Os participantes com 80 anos ou mais são maioritariamente severamente dependentes;
- O sexo feminino é aquele que apresenta maior dependência;

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

- Solteiro é o estado civil que registra maior percentagem no grau de dependência “severamente dependente”; e,

- Os inquiridos que não sabem ler, nem escrever são os mais dependentes na funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária.

Nesta análise são apenas tidos em conta os graus “Moderadamente dependente” e “Severamente dependente”, dada a reduzida amostra e por esta se inserir maioritariamente nos graus anteriormente referidos, os extremos não foram analisados, dado que em cada um desses graus apenas se inseria um participante.

Tabela 3: Funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária à luz das características sociodemográficas

		Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007)							
		Severamente dependente		Moderadamente dependente		Independente		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idade (escalão etário)	Menos de 80 anos	3	37,5%	4	50,0%	1	12,5%	8	100,0%
	80 ou mais anos	0	0,0%	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Total	3	20,0%	11	73,3%	1	6,7%	15	100,0%
Sexo	Feminino	1	9,1%	9	81,8%	1	9,1%	11	100,0%
	Masculino	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100,0%
	Total	3	20,0%	11	73,3%	1	6,7%	15	100,0%
Estado civil	Solteiro	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Viúvo	0	0,0%	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	Divorciado	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	Total	3	20,0%	11	73,3%	1	6,7%	15	100,0%
Escolaridade	Não sabe ler ou escrever	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%	8	100,0%
	Primário incompleto	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
	4ª classe	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%
	Ensino secundário	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	Total	3	20,0%	11	73,3%	1	6,7%	15	100,0%

Verificando-se uma elevada dependência na funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária antes da institucionalização, altura em que ainda moravam em suas casas, é relevante analisar que retaguarda teriam para colmatar esta dependência.

Analisando a tabela 4 , verifica-se que os participantes com maior dependência viviam sozinhos, o que poderá estar relacionado com o motivo e a motivação para o ingresso no lar que terá sido potenciada com a ausência de retaguarda familiar.

Tabela 4: Retaguarda familiar segundo grau de dependência na funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária

		Com quem vivia?					
		Sozinho		Filhos		Outros	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007)	Severamente dependente	2	16,7%	0	0,0%	1	50,0%
	Moderadamente dependente	9	75,0%	1	100,0%	1	50,0%
	Total	12	100,0%	1	100,0%	2	100,0%

As relações interpessoais é um assunto de especial relevo no estudo realizado, na medida em que o ingresso no lar representa uma grande mudança na vida do idoso, por implicar uma separação do meio comunitário e familiar, uma rutura em relação à vida e aos hábitos e uma adaptação a um novo meio (Pimentel, 2001). Quando abordadas as relações interpessoais em meio institucional deverão ter-se em conta quatro tipos de relação: relação idoso - família, relação idoso - instituição, relação idoso - colaboradores e relação idoso - idosos. Analisando os resultados através deste ponto de vista, verifica-se que as relações estabelecidas estão fortemente relacionadas com a funcionalidade e a autonomia, na medida em que estas duas têm implicações diretas e indiretas, assim como positivas e negativas, no quotidiano do idoso. A perda de autonomia é uma das principais mudanças sentidas pelos participantes, destacando-se aspetos como a definição de horários de visitas, a gestão do dinheiro, a escolha de vestuário e as atividades ocupacionais dinamizadas.

Cruzando os dados relacionados com o hábito de receber visitas em casa e no lar, pode concluir-se que não há alteração significativa antes e depois da institucionalização, como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5: Diferenças no padrão de visitas antes e depois da institucionalização

<i>É habitual receber visitas...</i>	Sim	Não	Total
em casa?	9	6	15
no lar?	10	5	15

Importa frisar que são os filhos quem realiza visitas mais frequentemente, apesar de se verificar uma clara diminuição na frequência das visitas. As visitas diárias ou semanais diminuem por parte dos filhos, embora aumentem ligeiramente com outros familiares, conforme se pode ver na tabela seguinte .

Tabela 6: Diferenças na frequência de visitas antes e depois da institucionalização

<i>Com que frequência ?</i>	Casa	Lar
	Diaria/semanal	Diaria/semanal
	Nº	Nº
Filhos	7	3
Irmãos/ Cunhados	3	4
Vizinhos	5	1
Amigos de longa data	3	

Uma explicação possível para a diminuição da frequência de visitas dos filhos está relacionada com o facto de não ser mais necessária essa visita para dar apoio aos idosos. Nesta medida a entrada numa instituição, do ponto de vista quantitativo, tem um efeito negativo. Contudo não se pode concluir que exista uma desresponsabilização da família sem analisar as situações concretas de cada idoso. Menos visitas com mais “qualidade” podem ter um impacto positivo no próprio idoso na medida em que a presença dos filhos não é percebida como uma “obrigação”, mas uma manifestação de afeto.

Outra dimensão interessante revela que aparentemente os laços de vizinhança foram quebrados, embora seja de considerar a hipótese de alguns dos antigos vizinhos serem agora residentes na instituição.

A existência de horários para os utentes contactarem com os seus familiares poderá representar uma limitação para os familiares e amigos dos utentes no que concerne ao acompanhamento prestado. Os familiares e amigos podem visitar os utentes nos seguintes horários: 9h30-12h e 14h30-18h no Lar e 14h30-19h no Centro de Noite. Aos fins-de-semana e feriados as visitas terminam, em ambas as respostas, às 18h. São permitidas saídas ao exterior na companhia dos familiares até às 21h. Face às suas responsabilidades profissionais e pessoais, os familiares dos utentes apontam os horários das visitas como um entrave para o acompanhamento mais próximo ao seu familiar institucionalizado.

A Instituição dá a possibilidade de o utente guardar nas instalações os seus bens pessoais, procedendo-se a um inventário que consiste num documento feito em duplicado e assinado por ambas as partes devidamente identificados e armazenados em local próprio, ficando a qualquer momento à disposição do cliente, tendo para isso apenas de comunicar à Direção Técnica do estabelecimento. Caso o depósito se trate de dinheiro, a Instituição abrirá uma conta-corrente relativa a cada cliente e dará a adequada expressão contabilística às operações de entrega ou de levantamento, total ou parcial, naquela realizadas, para que seja a todo o momento possível identificar os saldos e verificar a regularidade dos movimentos de que aquele resulta. Dada a baixa adesão dos utentes a este último aspeto, é com os familiares responsáveis que se articula. Há ainda a possibilidade de ser a Instituição a receber o vale de pensão do utente e proceder ao pagamento da mensalidade e consequente atualização da sua conta corrente. O facto de de instituição gerir o pagamento da mensalidade representa uma forma de substituição da família ao nível da gestão do dinheiro. Do ponto de vista prático pode ser uma mais valia para o idoso, mas não deixa de ser potencialmente abusivo em relação à sua autonomia. Este aspeto encontra-se patente no conhecimento

que o participante tem sobre a sua mensalidade e conseqüentemente sobre a gestão dos eu dinheiro.

Quando questionados se têm conhecimento do valor da sua mensalidade e despesas extra, apenas 13,3% refere que sim. Daqueles que respondem não ter conhecimento do valor da sua mensalidade e despesas extra, cerca de 42,9% refere que são os filhos que se ocupam dessa tarefa, enquanto 35,7% da amostra refere “outros”. Tirando 1 ou 2 casos em que estes outros são familiares mais afastados, na maioria dos casos é a própria instituição a fazê-lo. Trata-se de um assunto delicado face ao quadro jurídico e às indicações das boas práticas, pois o idoso não sendo interdito ou inabilitado reúne capacidades para gerir o seu dinheiro. Constatou-se, assim, que existe uma discrepância entre a lei e a realidade.

A rotina da Instituição, ou seja, a forma como o dia-a-dia é organizado e a percepção que os idosos têm face à rotina que lhes é imposta permite analisar a relação idoso-Instituição. As mudanças sentidas pelo idoso após o ingresso no lar em simples aspetos do quotidiano, como por exemplo a escolha de vestuário, têm implicações na maneira como o idoso se aproxima e se afasta do meio institucional.

Os dados recolhidos indicam que mais de metade da amostra não é autónoma na seleção do vestuário (53,3%), apontando como motivos a sua dependência física, a negação da sua capacidade para tal e o apoio/ confiança que têm nas auxiliares que apoiam a sua vida diária, o que vai de encontro às conclusões de Mallon (2000) quando afirma que alguns idosos poderão assumir esta postura como estratégia de aproximação à equipa operacional de forma a estabelecer uma relação com alguém do exterior. Olhando para estes dados, segundo a perspectiva de Goffman (1961) que elucida uma visão negativa do processo de institucionalização a partir do conceito de “instituição total”, pode ser esta estratégia entendida como negativa na medida em que à medida que o tempo passa, o indivíduo acaba por perder a sua autonomia na tomada de decisões, uma vez que a sua rotina é definida em prol da organização institucional. Esta perda de autonomia leva a que se perca ainda a capacidade de planear, colocando-se numa posição de submissão e suplicação, o que alimenta a perda do sentimento de utilidade e de valor. Mesmo

considerando que essas imposições decorrem das necessidades de ter procedimentos e rotinas que cumpram normas legais e organizacionais, são estes aspetos que obrigam o idoso institucionalizado a afastar-se dos seus gostos, hábitos e rotinas anteriores.

A Instituição em que o estudo foi desenvolvido conta com uma equipa multidisciplinar que promove um leque de atividades de carácter multidimensional, que permite aos idosos institucionalizados, tão diferentes entre si, em termos de autonomia e funcionalidade, usufruam destas mesmas atividades, seja em grupo, seja individualmente. Esta equipa assume assim um papel preponderante ao nível das relações idoso- colaboradores e idoso-idosos.

O espaço em que os participantes passam mais tempo é a sala de convívio, a par do tipo de atividade que revelam gostar mais “atividades religiosas” uma vez que é o espaço onde podem assistir à missa e ao terço, no seu lugar, não implicando que tenham de mudar de espaço. Na perspetiva de Mallon (2000), tal pode representar uma estratégia dos próprios idosos para preservar a sua autonomia e independência num contexto de vida coletiva, limitando o contacto com os outros, como reforço da proteção de si mesmos, quando lhes é exigido um conhecimento rápido dos hábitos e da vida pessoal dos outros. Contraditoriamente, o segundo tipo de atividade em que os participantes revelam maior preferência é “saídas ao exterior”, que por seu turno poderá representar um novo perfil que apresenta novos interesses e possibilidades, assim como a importância de um peso específico nas esferas política, económica e social, tal como Serrano (2004) defende, quando aliado ao motivo de participação predominante “quebrar a rotina”. O facto de as atividades dinamizadas se desenvolverem em espaços diversos da Instituição e as atividades formativas (ações de sensibilização) serem dinamizadas com menor frequência atende ao motivo pelo qual grande parte dos inquiridos opta por não participar (*“Porque não gosto de barulho, nem de estar com muita gente”*). Importa ainda referir que através da equipa multidisciplinar, a intervenção desenvolvida permite atender à heterogeneidade e multidimensionalidade do processo de envelhecimento, na medida em que esta intervenção se alia aos

determinantes do modelo de envelhecimento ativo defendidos pela OMS (2002): determinantes de ordem pessoal, comportamental, económica, social, meio físico e serviços sociais e de saúde. Através da sua intervenção, a equipa procura promover a qualidade de vida e saúde dos idosos com manutenção da autonomia física, psicológica e social (Ribeiro & Paúl, 2011).

A partir do estudo desenvolvido, pode afirmar-se que a Instituição desenvolve esforços para assegurar as funções reguladoras da identidade apresentadas por Eriksson (1987), nomeadamente, a função integradora (preservação do eu) e função adaptativa (adaptação às diversas situações relacionais). Cruzando esta perspetiva com a de Fernández-Ballasteros (2009) que apresenta o envelhecimento ativo e positivo como um conceito realista e empírico de envelhecimento que inclui tanto o declínio como o crescimento, tanto a mudança como a estabilidade, fazendo parte do processo de envelhecimento. Embora represente uma mudança na vida do idoso, esta mudança não implica uma fatalidade na sua vida, uma vez que o ser humano é plástico e modificável, pelo que ao longo do ciclo de vida dispõe da capacidade de se adaptar à mudança. Poderão, no entanto, verificar-se situações em que a adaptação ao meio institucional não é positiva ou o idoso apresentar maior resistência à mudança, o que se relaciona com condicionantes externos decorrentes da sua história de vida, condição de saúde, grau de dependência e autonomia.

Considerações finais

A presente investigação consiste num estudo de caso realizado numa Instituição do concelho de Viana do Castelo, com o objetivo de avaliar o impacto do processo de institucionalização na vida dos idosos aí residentes.

Nesta investigação participaram 15 inquiridos, sendo a amostra definida mediante critérios como idade igual ou superior a 65 anos, frequência nas respostas de Lar ou Centro de Noite e não ser portador de demência ou perturbação, tendo-se utilizado técnicas de recolha de dados como a análise documental, a observação e o inquérito por questionário.

O envelhecimento populacional marca a sociedade atual, acarretando consigo novos desafios que implicam uma nova visibilidade da população idosa por exigirem novas respostas ajustadas às características e necessidades deste segmento da população (Daniel, 2006).

A par das alterações sociodemográficas surgem alterações de carácter económico que conduzem à necessidade da profissionalização da gestão e qualidade da liderança das organizações sem fins lucrativos, uma vez que são estas quem apoiam muitos idosos que não dispõem de recursos suficientes para promover o envelhecimento bem-sucedido (Meneses, 2010). Face à crise económica que se vive atualmente, a legislação e normativos que regulam a atividade das instituições sofrem constantemente alterações, que por sua vez exigem marcas de qualidade dos serviços disponibilizados aos idosos. A par destas questões burocráticas, surge a rotina imposta aos idosos institucionalizados que é muitas vezes vista de forma negativa por gerar mudança nas suas vidas em simples aspetos do quotidiano como a gestão do dinheiro, os horários estabelecidos para as atividades de vida diária (higiene, alimentação, contacto com o exterior, entre outras) e a escolha de vestuário, fomentando a perda de autonomia do idoso.

Do estudo realizado, conclui-se que cada inquirido sente de maneira diferente o impacto do processo de institucionalização, uma vez que se relaciona fortemente com o motivo de ingresso no lar, a história de vida, as condições de vida, a retaguarda familiar de que dispõe, o grau de dependência e o poder de decisão/ autonomia. As diferenças apontadas pelos participantes entre o seu domicílio e o lar encontram-se relacionadas com a variabilidade intra e interindividual entre os inquiridos, o que representa uma característica do processo de envelhecimento. Por este motivo, segundo a perspectiva ecológica de Paúl (2005), é eminente a necessidade de elaboração de políticas otimizadoras da qualidade de vida dos idosos assentes em contextos de necessidades e serviços diversos para a manutenção da vida autónoma.

A equipa multidisciplinar de que a Instituição dispõe proporciona um conjunto de intervenções e atividades assentes no modelo de envelhecimento ativo, na medida em que através das suas ações procuram que os idosos participem na comunidade envolvente de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo que proporcionam proteção, segurança e cuidados adequados (Ribeiro & Paúl, 2011). Com base neste contributo teórico, destacam-se aspetos como as reuniões que a equipa realiza, as intervenções individuais e em grupo desenvolvidas e a preocupação de envolver a família na dinâmica institucional, ainda que com algumas limitações associadas às alterações sociodemográficas que se vivem atualmente.

O envelhecimento populacional, tão característico da sociedade atual, cria um novo perfil da população idosa caracterizado por novos interesses e possibilidades, assim como com um peso específico nas esferas política, económica e social (Serrano, 2004). O aumento da esperança média de vida, conseqüente do envelhecimento populacional, alimenta o relacionamento com gerações mais novas, como é exemplo o relacionamento com os bisnetos (Papalia et al, 2006). As atividades de carácter intergeracional poderão representar uma mais-valia para os idosos institucionalizados uma vez que lhes é permitido o contacto com as gerações futuras por se tratar de uma forma de partilharem as suas experiências, garantindo assim a interdependência e solidariedade entre gerações

enquanto um dos princípios para a promoção do envelhecimento ativo. Na instituição estas atividades poderão ser fomentadas através do contacto com as crianças que frequentam a Creche, em prol da criação de uma fonte de diversão e marca de longevidade (Papalia e tal, 2006).

O lar de idosos representa um conjunto de vantagens diferenciais face a outros tipos de respostas, pois enquanto para uns a institucionalização se declara uma alternativa adequada, para outros trata-se de uma solução para os seus problemas e dificuldades (Daniel, 2006). São ainda comuns os estereótipos negativos relativamente às instituições que prestam cuidados a idosos pelas limitações impostas em termos legislativos, burocráticos e económicos, que se declaram de difícil compreensão. Pela imagem negativa dos idosos sobre os lares, e por todas as mudanças que o ingresso no lar implica, a institucionalização poderá não ser uma medida bem aceite pelo idoso. Desta forma, cabe a este tipo de instituições abrir portas e criar um novo olhar face à velhice (Lalive d'Epinay, 1991), entendendo-a como uma sucessão de projetos de vida. Tal passa pela oferta de recursos físicos, materiais e humanos que permitam atender à especificidade do processo de envelhecimento através de um conjunto de ações que visem otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança de acordo com as necessidades, desejos e capacidades do idoso enquanto indivíduo (Ribeiro & Paúl, 2011). Cabe ainda às instituições de solidariedade social, em parceria com a Segurança Social enquanto órgão regulador do seu funcionamento, desenvolver um código de conduta que aproxime a legislação em vigor à realidade institucional e às características dos idosos institucionalizados, concretamente ao nível das boas práticas, e que relacione entre si os determinantes do modelo de envelhecimento ativo propostos pela OMS (2002).

Perante o desajuste entre a realidade institucional, as características dos idosos institucionalizados e a legislação em vigor, estudos sobre o processo de institucionalização assumem especial importância no âmbito da Gerontologia Social. Do estudo desenvolvido destacam-se limitações como a amostra reduzida, o facto de

não se avaliar a percepção dos familiares e colaboradores relativamente ao processo de institucionalização e a direção dos resultados para o momento atual. Propõe-se, assim, a realização de estudos de carácter longitudinal que avaliem o idoso no seu ingresso no lar e as estratégias que utiliza para se adaptar ao meio institucional, alargando-se o estudo a idosos física e cognitivamente dependentes, aos familiares e aos colaboradores que acompanham o quotidiano do utente.

Referências bibliográficas

Alves. H., (2012). *As consequências do envelhecimento da população mundial*. [documento eletrônico] retirado de <http://colegiomodelojua.blogspot.pt/2009/09/as-consequencias-do-envelhecimento-da.html>. Acedido a: 6 de Abril de 2013.

Barata. O., (1989). *Demografia e Poder: Estudos Políticos e Sociais*. Lisboa: ISCSP

Carvalho, P. e Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*. 40: 161-184

Daniel, F. (2006). O último lugar no mundo: Considerações e Reconsiderações sobre Espaço e Velhice. *Interações*, 11, pp 85-112

De Singly, F. e Mallon, I. (2000). A proteção de si no lar de idosos. Em: De Singly, F. *Livres Juntos. O individualismo na vida comum*. (pp. 241-262). Lisboa: Dom Quixote

Dubar, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora

Erikson, E. H. (1987). *Infância e sociedade*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Zahar editores

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora

Fernández-Ballesteros. (2009). Un nuevo paradigma en el estudio del envejecimiento. In Fernández-Ballesteros, *Envejecimiento activo Contribuciones de la Psicología* (pp. 21-39). Madrid: Ediciones Pirámide.

Carmo, H. e Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: guia de auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *IGT na Rede*. 8 (5). [documento eletrónico] retirado de <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=178&layout=html>

Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books

Greenwood, E. (1965). “Métodos de Investigação Empírica em Sociologia”. *Análise Social*, 11 (3), 313-345

Hall, M. (1997). *Cuidados médicos ao idoso*. Lisboa: Climepsi

INE (2011). *Censos 2011- População com 65 ou mais anos segundo o total e a residir em alojamentos familiares apenas com população deste grupo etário e alojamentos familiares apenas com residentes com 65 ou mais anos segundo o número de residentes*. [documento eletrónico] retirado de <http://www.ine.pt>. Acedido a 6 de Abril de 2013

INE, 2014. Estatísticas Demográficas 2013. Lisboa: INE, I.P.

Lalivé d’Epinay, C. (1991). *Veillir ou l’avie à inventer*. Paris: L’Harmattan (tradução e adaptação por Marielle Gros)

Lalivé d’Epinay, C. (2003). *La retraite et après? Vieillesse entre science et conscience*. Université de Genève: Centre Interfacultaire de Gérontologie & Département de Sociologie

Lopes, A. (2011). Ageing and social class: towards a dynamic approach to class inequalities in old age. In: M, Sargeant (Ed.). *Age Discrimination and Diversity: multiple discrimination from an age perspective*. Cambridge: Cambridge University Press

Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. (2ª edição). Coimbra: Quarteto

Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*. 126-140

Meneses, J. (2010). Liderança nas OSFL: liderar uma tese, testemunho na 1ª pessoa. Em: C. Azevedo, R. Franco & J. Meneses. *Gestão das OSFL: o desafio da inovação social*. (pp. 135-161. Porto: Vida Económica

Nazareth., J. (2009). *Crescer e envelhecer – constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (1ª edição em português). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde

Papalia, D., Olds, S. e Fieldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª edição). Porto Alegre: Artimed

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

Paúl, C. (2005, a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*. (21-34). Lisboa: Climepsi

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

Paúl, C. e Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contexto e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

PORDATA (sd). Glossário. [documento eletrónico] retirado de <http://www.pordata.pt/Glossario>. Acedido a 25 de Fevereiro de 2015

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (5ª edição). Lisboa: Gradiva

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. Em: O. Ribeiro & C. Paúl. *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp 1-12) Lisboa: Porto:LIDEL

Rosa, M.J., Chitas, P. (2010). *Portugal: os Números*. Lisboa: FFMS

Schaie, K. e Willis, L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Person Educácion

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora

Serrano, G. (2004). Metodologias de Animação Sociocultural. Em: J. Trilla. *Animação Sociocultural: teorias, programas e âmbitos*. (pp 101-122). Lisboa: Instituto Piaget

Tap, P. (1996). *A sociedade pigmalião: integração social e realização da pessoa*. Lisboa: Instituto Piaget

Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. Em: A. Silva & Pinto, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento

Vaz, S. F. (2009). A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências do Porto). Acedido em http://sigarra.up.pt/fpceup_uk/

ANEXOS

Anexo A: Pedido de autorização de realização de estudo

Exmo. Sr. Presidente da Direção,

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Melissa de Sá Vieitas, Gerontóloga Social, a desempenhar funções no [REDACTED] e a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, vem pelo presente meio solicitar a autorização de V/Exa. Para utilização de dados de identificação de utentes da resposta social de lar da Instituição com capacidade de comunicar para constituição da amostra do estudo. A participação neste estudo será voluntária, bem como será respeitado o anonimato das declarações prestadas. Tendo por base motivações de cariz profissional e pessoal, a investigação a desenvolver tem por conhecer a visão que os próprios idosos têm sobre o seu processo de institucionalização.

É minha pretensão entregar à Instituição um exemplar do trabalho final se assim o entender.

Desde já agradeço toda a atenção dispensada, estando disponível para eventuais esclarecimentos que sejam necessários.

Viana do Castelo, 01 de Outubro de 2014

Atenciosamente,

Melissa de Sá Vieitas

Anexo B: Inquérito e consentimento informado

O processo de institucionalização: os olhos de quem vê de dentro.

O presente inquérito insere-se no âmbito do desenvolvimento de uma dissertação sobre o processo de institucionalização para efeitos da obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Esta investigação tem por objetivo conhecer o processo de institucionalização dos idosos que residem na Instituição em estudo.

I. Características sociodemográficas

1. Idade: _____ anos

2. Sexo

1. Feminino	2. Masculino
-------------	--------------

3. Estado civil

1. Solteiro	2. Casado	3. Viúvo	4. Divorciado	5. União de facto
-------------	-----------	----------	---------------	-------------------

4. Naturalidade

1. Alvarães	2. Vila de Punhe	3. Vila Fria	4. Mujães	5. Barroelas	6. Outro:
-------------	------------------	--------------	-----------	--------------	-----------

5. Escolaridade

1. Não sabe ler, nem escrever	5. Ciclo preparatório
2. Apenas sabe escrever o nome	6. Ensino secundário
3. Ensino primário não concluído	7. Curso médio/ Bacharelato
4. 4ª classe	8. Licenciatura

5. Trajeto profissional

Profissão que predominou ao longo da vida ativa: _____

6. Há quanto tempo está aqui no Lar? _____

7. Porque veio para o Lar?

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

8. É habitual a diretora técnica vir falar consigo? Sim/ Não

9. Tem conhecimento de tudo o que se passa aqui no Lar (ex.: quando é admitido um novo utente, quando entra um novo funcionário, se a sua mensalidade está em dia, o que faz falta a nível do vestuário ou outros produtos e artigos)? Sim/ Não

II. Vida antes da institucionalização

1. Onde vivia antes de vir para o lar?

1. Alvarães	2. Vila de Punhe	3. Mujães	4. Vila Fria	5. Outro
-------------	------------------	-----------	--------------	----------

2. Com quem vivia antes de vir para o lar?

1. Sozinho	2. Cônjuge	3. Filhos	4. Netos	5. Outro
------------	------------	-----------	----------	----------

3. Como era a sua casa?

4. Em casa, era habitual receber visitas?

1. Sim	2. Não
--------	--------

4.1. Com que frequência?

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Anual
4.1.1. Filhos					
4.1.2. Netos					
4.1.3. Bisnetos					
4.1.4. Irmãos/ Cunhados					
4.1.5. Sobrinhos/ Afilhados					
4.1.6. Vizinhos					
4.1.7. Amigos de longa data					
4.1.8. Outro:					

5. Como costumava ocupar o seu tempo?

5.1. Ver televisão	5.6. Ir ao cemitério
5.1. Fazer pequenas compras	5.7. Cuidar dos netos
5.2. Conversar	5.8. Visitar familiares ou amigos
5.3. Telefonar	Outro:
5.4. Ir à missa	

6. Pensando na vida que tinha em casa,

Atividades Instrumentais da Vida Diária: Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007)

Cuidar da casa	1	Cuida da casa sem ajuda	
	2	Faz tudo excepto o trabalho pesado	
	3	Só faz tarefas leves	
	4	Necessita de ajuda para todas as tarefas	
	5	Incapaz de fazer alguma coisa	
Lavar a roupa	1	Lava a sua roupa	
	2	Só lava peças pequenas	
	3	É incapaz de lavar a sua roupa	
Preparar a comida	1	Planeia, prepara e serve sem ajuda	
	2	Prepara se lhe derem os ingredientes	
	3	Prepara pratos pré-cozinhados	
	4	Incapaz de preparar as refeições	
Ir às compras	1	Faz as compras sem ajuda	
	2	Só faz pequenas compras	
	3	Faz as compras acompanhado	
	4	É incapaz de ir às compras	
Uso do telefone	1	Usa-o sem dificuldade	
	2	Só liga para lugares familiares	
	3	Necessita de ajuda para o usar	
	4	Incapaz de usar o telefone	
Uso do transporte	1	Viaja em transporte público ou conduz	
	2	Só anda de táxi	
	3	Incapaz de usar o transporte	

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

Uso do dinheiro	1	Paga as contas, vai ao banco, etc	
	2	Só em pequenas quantidades de dinheiro	
	3	Incapaz de utilizar o dinheiro	
Responsável pelos medicamentos	1	Responsável pela sua medicação	
	2	Necessita que lhe preparem a medicação	
	3	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	
Pontuação total			

III. Viver num lar de idosos

1. Como soube da existência deste lar?

2. Quais as principais diferenças entre o lar e a sua casa?

3. Desde que veio para o lar, o que mudou na sua vida?

4. Como costuma ocupar o seu tempo na Instituição?

4.1. Ver televisão	4.6. Ir ao cemitério
4.2. Fazer pequenas compras	4.7. Cuidar dos netos
4.8. Conversar	4.8. Visitar familiares ou amigos
4.9. Telefonar	Outro:
4.10. Ir à missa	

5. Pensando no seu dia-a-dia, como é que este é organizado?

Tomar banho	
Tomar o pequeno-almoço	
Ir buscar o jornal	
Ir para a sala de convívio	

Almoçar	
Conversar	
Jantar	
Receber visitas	
Participar em atividades	
Telefonar	

6. Quais as atividades em que mais gosta e menos gosta de participar?

6.1. Atividades plásticas
6.2. Atividades espirituais
6.3. Comemoração de festividades
6.4. Saídas ao exterior
6.5. Baile
6.6. Cinema
6.7. Teatro
6.8. Atividades formativas
6.9. Outras:

6.1. Quais as atividades em que mais participa?

1.1. Atividades plásticas
1.2. Atividades espirituais
1.3. Comemoração de festividades
1.4. Saídas ao exterior
1.5. Baile
1.6. Cinema
1.7. Teatro
1.8. Atividades formativas
1.9. Outras:

7. Costuma participar nas atividades dinamizadas?

7.1.1. Se sim, porquê?

1. Para quebrar a rotina.
2. Porque os utentes com quem me identifico também participam.
3. Porque sou obrigado.
4. Para a diretora técnica ficar contente.
5. Para fazer a vontade ao responsável.
6. Outro:

7.1.2. Se não, porquê?

1. Porque não gosto.
2. Porque não tenho capacidade.
3. Porque nenhuma das atividades que é feita me interessa.
4. Porque não gosto de barulho, nem de estar com muita gente.

5. Outro:

8. Quais os espaços da Instituição onde passa mais tempo?

8.1. Sala de convívio
8.2. Quarto
8.3. Sala de visitas
8.4. Corredor
8.5. Jardim
8.6. Outro:

9. Pensando agora no quarto que ocupa,

a) Ocupa um quarto:

1. Individual 2. Duplo

b) Quem escolheu o quarto que iria ocupar?

1. O próprio 2. A diretora técnica 3. Era o único quarto livre

10. Tem autorização para sair sozinho da Instituição?

1. Sim 2. Não

a. Se sim, onde costuma ir?

1. Ao cemitério
2. À igreja
3. Ao café
4. Visitar amigos ou familiares
5. Registrar o Euromilhões
6. Fazer pequenas compras (produtos de higiene, farmácia, produtos alimentares)

11. Os horários estabelecidos pela Instituição são parecidos com aqueles que habitualmente praticava em casa?

1. Sim 2. Não

a. Se não, descreva as principais diferenças.

12. Por norma, é você quem escolhe a sua roupa?

1. Sim	2. Não
--------	--------

a) Porquê?

13. É habitual receber visitas?

1. Sim	2. Não
--------	--------

11.1. Com que frequência?

	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Annual
11.1. Filhos					
11.2. Netos					
11.3. Bisnetos					
11.4. Irmãos/ Cunhados					
11.5. Sobrinhos/ Afilhados					
11.6. Vizinhos					
11.7. Amigos de longa data					
11.8. Outro:					

12. Tem conhecimento do valor da sua mensalidade e do valor médio das suas despesas extra?

1. Sim	2. Não
--------	--------

12.2. Se não, quem apoia a gestão do seu dinheiro?

1. Cônjuge	2. Filhos	3. Netos e/ou bisnetos	4. Irmãos	5. Outros
------------	-----------	------------------------	-----------	-----------

IV. Funcionalidade

1. Atividades Básicas da Vida diária. Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Collin, 1988; adaptado por Sequeira, Ribeiro e cols, 2007)

Alimentação	10	Independente	
	5	Necessidade de alguma ajuda	
	0	Dependente	
Vestir	10	Totalmente independente	
	5	Necessita de alguma ajuda	
	0	Dependente	
Banho	5	Totalmente independente	
	0	Dependente	
Higiene Corporal	5	Totalmente independente	
	0	Dependente	
Utilizar a casa de banho	10	Independente	
	5	Necessita de alguma ajuda	
	0	Dependente	
Controlo Intestinal	10	Independente	
	5	Incontinência ocasional	
	0	Incontinente fecal	
Controlo Vesical	10	Independente	
	5	Incontinência ocasional	
	0	Incontinente ou algaliado	
Subir as escadas	10	Independente	
	5	Necessita de ajuda	
	0	Dependente	
Transferência	15	Independente	
Cadeira-cama	10	Necessita de ajuda mínima	

	5	Necessita de grande ajuda	
	0	Dependente	
Deambulação	15	Independente	
	10	Necessita de ajuda	
	5	Independente com cadeira de rodas	
	0	Dependente	
	Pontuação total		

Anexo C: Consentimento informado

Consentimento Informado

Nome do Participante: _____

O presente estudo tem como objetivo conhecer o processo de institucionalização dos idosos que residem na Instituição em estudo.

Sei que os objectivos deste estudo em que fui convidado(a) a participar foram delineados por uma aluna do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social de Serviço Social do Porto.

Fui informado(a) da importância deste estudo para a obtenção do grau de mestre.

Compreendi que a minha participação é **voluntária** e que os dados que eu fornecer serão mantidos **confidenciais**, sendo utilizados apenas para fins desta investigação.

Dou o meu consentimento informado, de livre vontade, para participar neste trabalho, sabendo que poderei desistir em qualquer momento da entrevista, se assim o entender

Data ___/___/___

Assinatura:

Anexo C: Apresentação dos resultados

Parte I: Análise sociodemográfica

		N.º	%
Idade (escalão etário)	Menos de 80 anos	21	43,8%
	80 ou mais anos	27	56,3%
	Total	48	100,0%
Sexo	feminino	36	75,0%
	masculino	12	25,0%
	Total	48	100,0%
Estado civil	solteiro	11	22,9%
	casado	2	4,2%
	viuvo	32	66,7%
	divorciado	3	6,3%
	Total	48	100,0%
Naturalidade	alvarães	23	47,9%
	vila de punhe	5	10,4%
	vila fria	2	4,2%
	mujães	2	4,2%
	barroselas	2	4,2%
	outro	14	29,2%
	Total	48	100,0%
escolaridade	não sabe ler ou escrever	22	45,8%
	primário incompleto	3	6,3%
	4ª classe	19	39,6%
	ciclo preparatório	1	2,1%
	ensino secundário	1	2,1%
	licenciatura	2	4,2%
	Total	48	100,0%

		N.º	%
Idade (escalão etário)	Menos de 80 anos	8	53,3%
	80 ou mais anos	7	46,7%
	Total	15	100,0%
Sexo	feminino	11	73,3%
	masculino	4	26,7%
	Total	15	100,0%
Estado civil	solteiro	6	40,0%
	viuvo	8	53,3%
	divorciado	1	6,7%

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	Total	15	100,0%
Naturalidade	alvarães	10	66,7%
	vila de punhe	1	6,7%
	barroselas	1	6,7%
	outro	3	20,0%
	Total	15	100,0%
Escolaridade	não sabe ler ou escrever	8	53,3%
	primário incompleto	3	20,0%
	4ª classe	3	20,0%
	ensino secundário	1	6,7%
	Total	15	100,0%
Profissão	Agricultura	4	26,7%
	Armazém de vinhos	1	6,7%
	Auxiliar de Saúde	1	6,7%
	Cerâmica	1	6,7%
	Construção civil	1	6,7%
	Costura	1	6,7%
	Doméstica	1	6,7%
	Ferro	1	6,7%
	Jardinagem	1	6,7%
	Servir	2	13,3%
	Telheira	1	6,7%
	Total	15	100,0%
	Tempo no lar (meses)	Menos de 5 anos	11
5 ou mais anos		4	26,7%
Total		15	100,0%
É habitual a directora falar consigo	sim	11	73,3%
	não	4	26,7%
	Total	15	100,0%
Tem conhecimento do que se passa no lar	sim	4	26,7%
	não	11	73,3%
	Total	15	100,0%

	idade	tempo no lar (meses)
N válido	15	15
Média	77,8	56,6
Mediana	79,0	24,0
Modo	70	24
Desvio padrão	6,7	73,5

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

Mínimo	66	6
Máximo	90	264

Parte II: Vida antes da institucionalização

		Nº	%
Onde vivia antes	Alvarães	8	53,3%
	Vila de punhe	3	20,0%
	Barroselas	1	6,7%
	Outro	3	20,0%
	Total	15	100,0%
Com quem vivia	Sozinho	12	80,0%
	Filhos	1	6,7%
	Outros	2	13,3%
	Total	15	100,0%
Em casa era habitual receber visitas	Sim	9	60,0%
	Não	6	40,0%
	Total	15	100,0%
		Nº	%
índice de lawton-brody	Severamente dependente	3	20,0%
	Moderadamente dependente	11	73,3%
	Independente	1	6,7%
	Total	15	100,0%

	Diaria		Semanal		Mensal		Anual		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequencia filhos	3	37,5%	4	50,0%	1	12,5%	0	0,0%	8	100,0%
Com que frequencia netos	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100,0%

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

Com que frequência bisnetos	0	0,0%	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	4	100,0%
Com que frequência irmãos/cunhados	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	100,0%
Com que frequência sobrinhos/afilhados	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
Com que frequência vizinhos	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
Com que frequência amigos longa data	2	50,0%	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	100,0%
Com que frequência outros	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%

Parte III: Vida pós-institucionalização

		Nº	%
Como costuma ocupar o seu tempo na instituição	Ver TV	10	66,7%
	Fazer pequenas compras	0	0,0%
	Conversar	0	0,0%
	Telefonar	0	0,0%
	Ir à missa	0	0,0%
	Ir ao cemitério	0	0,0%
	Cuidar dos netos	0	0,0%
	Visitar amigos ou familiares	1	6,7%
	Outro	4	26,7%
Total	15	100,0%	
Qual a actividade que mais gosta de participar	Atividades plásticas	1	7,7%
	Atividades espirituais	5	38,5%

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	Comemoração de festividades	0	0,0%
	Saídas ao exterior	4	30,8%
	Baile	1	7,7%
	Cinema	0	0,0%
	Teatro	0	0,0%
	Atividades formtivas	0	0,0%
	Outras	2	15,4%
	Total	13	100,0%
qual a actividade que menos gosta de participar	Atividades plásticas	4	30,8%
	Atividades espirituais	1	7,7%
	Comemoração de festividades	0	0,0%
	Saídas ao exterior	2	15,4%
	Baile	0	0,0%
	Cinema	1	7,7%
	Teatro	0	0,0%
	Atividades formtivas	5	38,5%
	Outras	0	0,0%
	Total	13	100,0%
qual a actividade em que mais participa	Atividades plásticas	2	15,4%
	Atividades espirituais	5	38,5%
	Comemoração de festividades	0	0,0%
	Saídas ao exterior	3	23,1%
	Baile	1	7,7%
	Cinema	0	0,0%
	Teatro	0	0,0%
	Atividades formtivas	0	0,0%
	Outras	2	15,4%
	Total	13	100,0%
Porque razão participa nas actividades	Para quebrar a rotina	5	45,5%
	Porque os amigos também participam	0	0,0%
	Porque sou obrigado	3	27,3%
	Para a directora ficar contente	1	9,1%
	Para fazer a vontade ao responsável	0	0,0%
	Outro	2	18,2%
	Total	11	100,0%
Porque razão não	Porque não gosto	0	0,0%

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

participa nas actividades	Porque não tenho capacidade	1	25,0%
	Porque nenhuma me interessa	0	0,0%
	Porque não gosto do barulho nem estar com muita gente	3	75,0%
	Outra	0	0,0%
	Total	4	100,0%
Quais os espaços da instituição onde passa mais tempo durante o dia	Sala convívio	12	80,0%
	Quarto	1	6,7%
	Sala de visitas	0	0,0%
	Corredor	1	6,7%
	Jardim	0	0,0%
	Outro	1	6,7%
	Total	15	100,0%
Que tipo de quarto ocupa	Individual	2	13,3%
	Duplo	13	86,7%
	Total	15	100,0%
Quem escolheu o quarto	O proprio	3	20,0%
	A directora	6	40,0%
	Era o único livre	6	40,0%
	Total	15	100,0%
Tem autorização para sair sozinho	Sim	6	40,0%
	Não	9	60,0%
	Total	15	100,0%
Se sim onde costuma ir	Cemitério	1	20,0%
	Igreja	0	0,0%
	Ao café	0	0,0%
	Visitar amigos e familiares	2	40,0%
	Registrar euromilões	0	0,0%
	Fazer pequenas compras	2	40,0%
	Total	5	100,0%
Os horários da instituição são parecidos com os que tinha em casa	Sim	7	46,7%
	Não	8	53,3%
	Total	15	100,0%
descreva as diferenças	Total	0	0,0%
Por norma escolhe a sua roupa	Sim	7	46,7%
	Não	8	53,3%

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	Total	15	100,0%
Se não , porque?	Total	0	0,0%
É habitual receber visitas	Sim	10	66,7%
	Não	5	33,3%
	Total	15	100,0%

	Semanal		Quinzenal		Mensal		Anual		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Filhos	3	60,0%	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	5	100,0%
Netos	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%
Bisnetos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Irmãos/Cunhados	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
Sobrinhos/Afilhados	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Amigos de longa data	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Outro	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%

		Nº	%
Tem conhecimento do valor da sua mensalidade e despesas extras	Sim	2	13,3%
	Não	13	86,7%
	Total	15	100,0%
Quem apoia a gestão do seu dinheiro	Filhos	6	42,9%
	Irmãos	3	21,4%
	Outros	5	35,7%
	Total	14	100,0%

Parte IV: Funcionalidade

		Nº	%
Índice de Barthel	Independente	1	6,7%
	Ligeiramente dependente	8	53,3%
	Moderadamente dependente	5	33,3%

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	Severamente dependente	1	6,7%
	Total	15	100,0%

Anexo D: Análise de conteúdo

I n°	I.7	II3	III1	III2	III3	III 9.2	III 10,A
I001	<i>“Porque eu não sabia, nem podia estar sozinha.”</i>	<i>“Era uma casa do campo. Cozinha, quartos, casa de banho. A casa de banho era no quintal. Tomar banho só no tanque cá fora...”</i>	<i>“Foi o Senhor Reitor que disse às minhas filhas...”</i>	<i>“A minha casa era pequena. Lá eu tomava conta de mim e do pouco que era meu. Aqui faço o que me mandam, como o que me dão”</i>	<i>“Tenho uma vida em condições. Até banho com água quente posso tomar.”</i>	-	<i>“Eu já sou velha, não posso fazer nada.”</i>
I002	<i>“Foi a Segurança Social”</i>	<i>“Eu não tinha casa... Ficava onde calhava, a quem me oferecia ajuda e trabalho.”</i>	<i>“Eu já sabia que havia um Lar em Alvarães. E depois vim para aqui...”</i>	<i>“O Lar é uma casam eu não tinha casa...”</i>	<i>“Ganhei vida. Tenho o que comer, tenho água, tenho medicamentos e tenho ajuda de verdade.”</i>	<i>“Aqui tenho tudo e tempo para tudo. Antes era um dia de cada vez.”</i>	<i>“Porque eu não sei combinar coisas. Elas escolhem e eu visto-me.”</i>
I003	<i>“Quando dei por mim estava aqui.”</i>	<i>“Quarto, casa de banho, cozinha. Vivia eu dum lado e a minha irmã do outro...”</i>	<i>“Antes a comida vinha para casa, Agora estou aqui.”</i>	<i>“Aqui no Lar fazem-me tudo e eu estou bem. A minha casa era pouco, o lar é muito...”</i>	<i>“Aqui sou bom... Tenho coisas que em casa não tinha”</i>	<i>“Em casa não tinha horários”</i>	<i>“Se elas escolhem para que é que eu vou escolher?”</i>
I004	<i>“Porque a minha irmã me</i>	<i>“Não tinha portão, mas tinha</i>	<i>“A minha irmã é que tratou de</i>	<i>“A largura dos corredores”</i>	<i>“Aqui não sou eu quem escolhe a</i>		<i>“porque os outros</i>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	<i>mandou...”</i>	<i>muitos tapetes. O corredor era grande. Tinha dois quartos, a cozinha, a sala e a casa de banho.”</i>	<i>tudo”</i>		<i>roupa, nem quem trata da lida da casa. Já não sou que faço nada”</i>		<i>também não escolhem”</i>
I005	<i>“Não tinha condições para continuar em casa”</i>	<i>“Era uma casa à moda antiga, com um grande tanque à entrada. Tinha quartos, casas de banho, cozinha e a salinha”</i>	<i>“Foi o Senhor Reitor...”</i>	<i>“Há maior controlo de uma pessoa. Aqui há regras, horários e ajuda. Nunca estamos sozinhos.”</i>	<i>“Tudo. Até eu mudei.. Não me sinto sozinha e estou segura. Tomo banho todos os dias. Como bem. Respeito e sou respeitada.”</i>		<i>“Sei o que tenho e enquanto eu puder sou eu quem manda.”</i>
I006	<i>“Já não aguentava, nem podia viver mais sozinha”</i>	<i>“Uma casa muito pequenina. Tinha uma cozinhinha, uma casa de banho, dois quartos e uma sala”</i>	<i>“Pelo Senhor Reitor...”</i>	<i>“Aqui a gente anda sempre com outra gente. E tenho a atenção de todas as meninas que são todas muito atenciosas. Em casa passava muita miséria, muito frio, muita solidão”</i>	<i>“Estou bem, posso dizer que estou melhor. Como se costuma dizer: cama, comida e roupa lavada. O que é que a gente quer mais?”</i>	<i>“Acordava sempre mais cedo e tinha sempre de esperar pela senhora que a minha mais nova contratou. Em casa estava</i>	<i>“Gosto de saber aquilo que tenho.”</i>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

						<i>sempre à espera</i>	
I007	<i>“Caí em casa, fiquei sem forças nenhuma... Era a minha filha que andava comigo para todo o lado. Antes de vir para aqui passei por muitos lados. Depois dos Arcos, o meu filho arranjou de eu vir para aqui”</i>	<i>“Era pequenina. Cozinha, sala e dois quartos. Um dos quartos passou a uma casa de banho adaptada. À medida que o tempo passou, foi-se adaptando a casa, mediante as necessidades. Sala grande, 3 quartos, cozinha e casa de banho”</i>	<i>“O meu filho, depois de eu ficar assim, andou a ver lares e vim parar a este...Foi a minha saúde que me trouxe até aqui”</i>	<i>“”Não sou eu quem gere a minha vida...”</i>	<i>“Aqui não estou sozinha e tenho ajuda para tudo...”</i>		<i>“Confio nas meninas... Peço só que não me deixem andar a cheirar mal, nem que ande mal parecida”</i>
I008	<i>“Eu caí.. E nenhum dos meus filhos me quis levar para onde a eles”</i>	<i>“A minha casa... A minha casinha.... Era bonita e jeitosa. Tinha um quintal grande e eu punha lá de tudo”</i>	<i>“O meu filho é que tratou de tudo. O santo do meu filho...”</i>	<i>“Aqui é sempre hora de comer. Não sei de nada do que se passa, nem vejo nada... Oh, é triste!”</i>	<i>“Tudo... Perdi tudo, até quem eu era. A minha alegria e os meus amigos...”</i>	<i>“Eu antes decidia tudo. Era eu por minha conta, aqui andamos como elas querem”</i>	<i>“Porque além de não saber o que tenho, perdi vontade e o gosto de tudo”</i>
I009	<i>“Eu é que escolhi vir para aqui....</i>	<i>“Bonita. Tem piscina coberta e</i>	<i>“Pela minha antiga</i>	<i>“Muitas... A comida qui é meia</i>	<i>“Aqui tenho condições e apoio</i>	<i>“Em casa eu tinha os</i>	<i>“Porque gosto de ser</i>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	<i>Já sabia que a minha antiga empregada aqui estava e ouvi falar bem disto. Eu sem poder andar, os meus filhos na vida deles... E eu? Ia ficar sozinha?"</i>	<i>com água quente. Uns grandes anexos com uma cozinha para as festas da família. Mas não dava eu para lá andar com uma cadeira de rodas..."</i>	<i>empregada que hoje é minha companheira de quarto..."</i>	<i>atrapalhada. Em casa tinha sempre a minha família por perto."</i>	<i>para viver da maneira que me encontro. Não que a minha família não me ajude, mas tenho de aceitar que têm a vida delas..."</i>	<i>meus hor'rios... E tinha outros mimos, outra rotina, outra maneira de viver..."</i>	<i>eu a escolher, gerir as minhas coisas e saber o que tenho..."</i>
I010	<i>"Motivos de saúde... Precisava de apoio para a minha saúde. Foi o meu filho que me obrigou... Eu sabia que não podia, mas nunca disse que queria vir para um lar..."</i>	<i>"Tinha dois andares, era uma casinha... Três casas de banho, quatro quartos, cozinha e sala... Tinha uma garagem, mas não tinha jardim."</i>	<i>"Já sabia há muitos anos que este lar existia..."</i>	<i>"Aqui há regras, não sou eu quem decide o que fazer, nem quando fazer..."</i>	<i>"Sinto que estou mais presa. Já não posso fazer mais o que gosto. Cada vez me aparece mais doença."</i>	<i>"Em casa tinha muitas mais coisas pra fazer. A vida era outra e eu tinha os meus horários para as coisas"</i>	<i>"Porque gosto de saber o que tenho e de ter em atenção as minhas coisas"</i>
I011	<i>"Sofro de epilepsia e cheguei a um ponto em que não podia mais morar sozinho. Até conseguir estive</i>	<i>"A minha primeira casa foi feita por mim... Construía com as minhas próprias mãos, meia dúzia de tijolos e foi</i>	<i>"Foi a minha nora quem me deitou a mão"</i>	<i>"Em minha casa contava comigo e tudo estava por minha conta... Mais nada, mais ninguém..."</i>	<i>"Desde que deixei a minha casa que é a minha nora quem toma conta de tudo, até dos papéis. Desde que</i>		<i>"Porque eu não posso e são elas quem cuidam de mim. Não tenho</i>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	<i>em casam nas cheguei a um ponto em que não deu mais”</i>	<i>onde criei os meus 10 filhos. Agora, por último, morava num apartamento alugado... Mas nunca chegou a ser a minha casa.”</i>			<i>par aqui vim que não tenho tostão no bolso, não tenho nada se precisar...”</i>		<i>saúde, não posso trabalhar”</i>
I012	<i>“Por complicações de saúde...”</i>	<i>“Era uma casa térrea e fraca com dois quartos, uma sala e uma cozinha. Lavava-me numa bacia, cá fora. Tinha uma casa de banho fora para as outras necessidades”</i>	<i>“Antes andei no Centro de Dia e á noite uma mulher tomava conta de mim... Fui operada ao coração e aqui estou...”</i>	<i>(Não apontou quaisquer diferenças. Reforça que preferia estar em sua casa.)</i>	<i>(Chora quando colocada a questão e mostra um olhar de revolta.)</i>	<i>Em casa eu fazia o que queria. Aqui tenho as empregadas para fazer o que faz falta”</i>	<i>“Porque quero... Sei bem o que tenho. Sei também o que me faz falta.”</i>
I013	<i>“Sou cego...”</i>	<i>“Morava perto do apeadeiro das Neves... Era só um piso com dois quartos e tinha um anexo. A casa de banho era fora de casa... Tinha também uma sala</i>	<i>“Antes era utente do Domicílio e uma prima minha falou-me do lar...”</i>	<i>“Em casa tinha os meus vizinhos e comia e bebia à vontade”</i>	<i>“Olha... Aqui não trabalho e fazem-me tudo...”</i>	<i>“Aqui há regras para cumprir... Dependo de tudo e dos outros”</i>	<i>“Porque é a única forma de ser eu próprio. No entanto, sou ajudado para ver se as roupas</i>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

		<i>e uma cozinha.”</i>					<i>estão em condições e se as cores combinam”</i>
I014	<i>“Depois de a minha mãe falecer, fui para casa da minha prima. Sofri um acidente e desde aí que preciso de ajuda”</i>	<i>“Morava numa casa com um só piso... Tinha um quarto, uma cozinha e uma casa de banho. Até quem me ajudou a fazer a casa de banho foi uma prima minha”</i>	<i>“A minha prima é que me ajudou a tratar de tudo...”</i>	<i>“O que mais me custou habituar foi que agora vivo numa casa grande e com muitas pessoas”</i>	<i>“Não posso andar à minha vontade...”</i>		<i>“Porque sempre trabalhei com roupa... E gosto de ser eu a escolher...”</i>
I015	<i>“Morava com uma irmã deficiente... Quem nos ajudava era outra irmã idosa. Ela deixou de poder e tivemos de nos arranjar...”</i>	<i>“Moarava numa casa simples e modesta, só com um andar. Os corredores eram estreitos e tinham muitos apetrechos...”</i>	<i>“Sempre foi um referência da freguesia, da minha freguesia...”</i>	<i>“Aqui há regras. Basta eu me levantar que lá vem alguma atrás de mim e pergunta sempre onde vou e se quero ajuda. Aqui sabe, entra e sai muita gente...”</i>	<i>“Tudo. O ritmo da vida, a companhia, já não conto só comigo... Com o que eu quero...”</i>		<i>“Eu tenho dificuldades em andar... Caio muitas vezes. E elas têm sempre medo que eu caia...”</i>

Anexo E: Grelhas de observação

Grelha de Observação Diária

Semana: 8 a 14 de Dezembro

Valência: Centro de Noite

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira	Sábado	Domingo
6h30: banhos A organização dos banhos é feita mediante os hábitos dos utentes com negociação implícita. Após o banho os utentes aguardam pelo pequeno-almoço no espaço das visitas.	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos
9h: pequeno-almoço	9h: pequeno-almoço	9h: pequeno-almoço	9h: pequeno-almoço	9h: pequeno-almoço	9h: pequeno-almoço	9h: pequeno-almoço

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

<p>Após o pequeno-almoço deslocam-se para a sala de convívio onde permanecem. Ocupam o seu tempo a rezar, a ver televisão ou a ler.</p>						
<p>10h30: Dinamização de atividades de praxia global pela psicomotricista.</p> <p><i>Todos os utentes participam mediante as suas capacidades.</i></p> <p>É servido o lanche a meio da manhã.</p>	<p>São dinamizadas sessões de estimulação sensorial pela psicomotricista.</p> <p>É servido o lanche a meio da manhã.</p> <p>Aula de yoga.</p>	<p>10h30: Dinamização de atividades de praxia global pela psicomotricista.</p> <p>É servido o lanche a meio da manhã.</p> <p>Dinamização de atividades de praxia global.</p>	<p>Psicomotricidade em meio aquático nas Piscinas Municipais de Barroelas.</p> <p>É servido o lanche a meio da manhã.</p> <p>Dinamização de atividades plásticas em prol da decoração do espaço.</p>	<p>Participação na sessão de psicomotricidade da Creche.</p> <p>Dinamização de atividades de estimulação cognitiva.</p> <p><i>Todos os utentes participam mediante as suas capacidades.</i></p>	<p>Os utentes permanecem na sala de convívio após o pequeno-almoço. Uns vêem televisão, outros descansam e um utente lê.</p>	<p>Os utentes permanecem na sala de convívio após o pequeno-almoço. Uns vêem televisão, outros descansam e um utente lê.</p>
11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p>É servido no refeitório com apoio dos colaboradores. Os mais dependentes na funcionalidade para a ABVD fazem-no com apoio. É respeitado o seu grau de autonomia.</p> <p>12h: almoço do restante grupo.</p> <p>Após o almoço vão para a sala de convívio, indo antes às casa de banho.</p> <p>Aos utentes mais dependentes é mudada a fralda.</p>	<p>12h: almoço do restante grupo.</p>	<p>12h: almoço do restante grupo.</p>	<p>12h: almoço do restante grupo.</p>	<p>12h: almoço do restante grupo.</p>	<p>12h: almoço do restante grupo.</p>	<p>12h: almoço do restante grupo.</p>
<p>14h30: Dá-se o início das atividades.</p>	<p>14h30: Dá-se o início das atividades.</p>	<p>14h30: atividade no exterior (ida ao</p>	<p>Na sala de convívio do Centro de Noite é</p>	<p>Dinamização de atividades de grupo.</p>	<p>Após o almoço, os utentes permanecem</p>	<p>Após o almoço, os utentes permanecem</p>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

<p>A participação depende do grau de dependência dos utentes. São realizadas atividades de grupo com vista ao fortalecimento de relações interpessoais.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (1 utente).</p>	<p>A participação depende do grau de dependência dos utentes. São realizadas atividades que envolvam capacidades cognitivas. A maioria dos utentes opta por descansar, sendo que apenas participam nestas atividades 4 utentes.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (2 utentes).</p>	<p>cinema).</p> <p>Atelier de Artes Plásticas dinamizado pela psicomotricista.</p>	<p>dinamizado o Atelier de Dança pela psicomotricista e por uma das das gerontólogas.</p> <p>Um utente recebe visita.</p>	<p>Elaboração do jornal da semana.</p>	<p>na sala de convívio. Uns vêem televisão, enquanto outros descansam.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (4 utentes).</p>	<p>na sala de convívio. Uns vêem televisão, enquanto outros descansam.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (8 utentes).</p>
<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio,</p>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

indo antes à casa de banho.	indo antes à casa de banho.	indo antes à casa de banho.	indo antes à casa de banho.	indo antes à casa de banho.	indo antes à casa de banho.	indo antes à casa de banho.
<p>São desenvolvidas sessões de psicomotricidade individuais.</p> <p>Um utente recebe visitas.</p> <p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene parcial aos restantes utentes.</p>	<p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p> <p>Um utente recebe visitas.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene parcial aos restantes utentes.</p>	<p>São desenvolvidas sessões de psicomotricidade individuais.</p> <p>Três utentes recebem visitas.</p> <p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene parcial aos restantes utentes.</p>	<p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene parcial aos restantes utentes.</p>	<p>São desenvolvidas sessões de psicomotricidade individuais.</p> <p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p> <p>Dois utentes recebem visitas.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene parcial aos restantes utentes.</p>	<p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene parcial aos restantes utentes.</p>	<p>São prestados cuidados de higiene aos utentes mais dependentes, sendo deitados após o banho.</p>
18h: é rezado o terço.	18h: é rezado o terço.	18h: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.
19h: os utentes mais dependentes jantam	19h: os utentes mais dependentes jantam	19h: os utentes mais dependentes jantam	19h: os utentes mais dependentes jantam	19h: os utentes mais dependentes jantam	19h: os utentes mais dependentes jantam	19h: os utentes mais dependentes jantam

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

no quarto.	no quarto.	no quarto.	no quarto.	no quarto.	no quarto.	no quarto.
19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.
Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.

Grelha de Observação Diária

Semana: 8 a 14 de Dezembro

Valência: LAR

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira	Sábado	Domingo
<p>6h30: banhos</p> <p><i>A organização dos banhos é feita mediante os hábitos dos utentes com negociação implícita.</i></p> <p>Após o banho deslocam-se para a sala de convívio.</p>	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos	6h30: banhos
<p>9h: pequeno-almoço</p> <p>Chegam os utentes de Centro de Dia.</p>	<p>9h: pequeno-almoço</p> <p>Chegada dos utentes de Centro de Dia.</p>	<p>9h: pequeno-almoço</p> <p>Chegada dos utentes de Centro de Dia.</p>	<p>9h: pequeno-almoço</p> <p>Chegada dos utentes de Centro de Dia.</p>	<p>9h: pequeno-almoço</p> <p>Chegada dos utentes de Centro de Dia.</p>	<p>9h: pequeno-almoço</p>	<p>9h: pequeno-almoço</p>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

Após o pequeno-almoço deslocam-se para a sala de convívio onde permanecem até a animadora chegar. Os utentes acabam por conversar entre si e ver televisão. Os mais dependentes ficam nos seus cadeirões.						
10h30: Ginástica <i>Todos os utentes participam mediante as suas capacidades.</i>	São dinamizadas sessões de estimulação sensorial pela psicomotricista. Aula de yoga.	10h30: Ginástica <i>Todos os utentes participam mediante as suas capacidades.</i>	Psicomotricidade em meio aquático nas Piscinas Municipais de Barroelas.	10h30: Ginástica <i>Todos os utentes participam mediante as suas capacidades.</i>	Os utentes permanecem na sala de convívio após o pequeno-almoço. Uns vêem televisão, outros descansam e uma outra utente borda.	
11h: Lanche a meio da manhã <i>É opcional. Os utentes com capacidade de deambulação deslocam-se até ao bar para tomar o seu chá.</i>	11h: Lanche a meio da manhã	11h: Lanche a meio da manhã	11h: Lanche a meio da manhã	11h: Lanche a meio da manhã	11h: Lanche a meio da manhã	11h: Lanche a meio da manhã
11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes	11h30: almoço dos mais dependentes

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>É servido no refeitório com apoio dos colaboradores. Os mais dependentes na funcionalidade para a ABVD fazem-no com apoio. É respeitado o seu grau de autonomia.</i></p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p> <p><i>Aoós o almoço vão para a sala de convívio, indo antes às casa de banho.</i></p>	<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p>	<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p>	<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p>	<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p>	<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p>	<p>É acionado o canal Canção Nova para que os utentes possam assistir à missa.</p> <p><i>12h: almoço do restante grupo.</i></p>
<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>	<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>	<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>	<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>	<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>	<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>	<p>13h: mudança das fraldas dos utentes mais dependentes.</p>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.	Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.	Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.	Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.	Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.	Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.	Entretanto os restantes utentes ficam na sala de convívio a ver televisão, a fazer s sesta ou simplesmente a descansar.
<p>14h30: Dá-se o início das atividades. A participação depende do grau de dependência dos utentes. São realizadas atividades plásticas. Grande prte dos utentes prefere ficar a descansar. Quatro jogam ao dominó. Um borda, e outro faz crochet. Há ainda uma utente que vai para o jardim.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (4 utentes).</p>	<p>14h30: Dá-se o início das atividades. A participação depende do grau de dependência dos utentes. São realizadas atividades que envolvam capacidades cognitivas. Como espaço alternativo é utilizada a sala de visitas.</p> <p>Um borda, e outro faz crochet. Há ainda uma utente que vai para o jardim.</p> <p>Alguns utentes</p>	<p>14h30: atividade no exterior (ida ao cinema).</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (2 utentes).</p>	<p>Na sala de convívio do Centro de Noite é dinamizado o Atelier de Dança pela psicomotricista e por uma das gerontólogas.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (3 utentes).</p>	<p>14h30: Dá-se o início das atividades. A participação depende do grau de dependência dos utentes. São realizadas atividades plásticas. Grande prte dos utentes prefere ficar a descansar. Quatro jogam ao dominó. Um borda, e outro faz crochet. Há ainda uma utente que vai para o jardim.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (5 utentes).</p>	<p>Após o almoço, os utentes permanecem na sala de convívio. Uns vêem televisão, enquanto outros descansam.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (8 utentes).</p>	<p>Após o almoço, os utentes permanecem na sala de convívio. Uns vêem televisão, enquanto outros descansam.</p> <p>Alguns utentes recebem visitas durante a tarde (8 utentes).</p>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

	recebem visitas durante a tarde (2 utentes).					
<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>	<p>15h30: É servido o lanche aos utentes mais dependentes.</p> <p>16h: O restante grupo desloca-se para o refeitório para lanchar.</p> <p>Após o lanche deslocam-se para a sala de convívio, indo antes à casa de banho.</p>
<p>17h: Os utentes de Centro de Dia são transportados até casa.</p> <p>São realizadas atividades de caráter individual para aqueles que demonstrarem vontade em fazê-lo.</p>	<p>17h: Os utentes de Centro de Dia são transportados até casa.</p> <p>Dinamização de sessões de psicomotricidade individuais.</p> <p>São prestados cuidados de higiene</p>	<p>17h: Os utentes de Centro de Dia são transportados até casa.</p> <p>São realizadas atividades de caráter individual para aqueles que demonstrarem vontade em fazê-lo.</p>	<p>17h: Os utentes de Centro de Dia são transportados até casa.</p> <p>Dinamização de sessões de psicomotricidade individuais.</p> <p>São prestados cuidados de higiene</p>	<p>17h: Os utentes de Centro de Dia são transportados até casa.</p> <p>São realizadas atividades de caráter individual para aqueles que demonstrarem vontade em fazê-lo.</p>	<p>Ao final da tarde são prestados cuidados de higiene aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>	<p>Ao final da tarde são prestados cuidados de higiene aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>

O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro.

<p>Alguns utentes preferem ficar a descansar ou a ver televisão.</p> <p>São prestados cuidados de higiene aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>	<p>aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>	<p>Alguns utentes preferem ficar a descansar ou a ver televisão.</p> <p>São prestados cuidados de higiene aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>	<p>aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>	<p>Alguns utentes preferem ficar a descansar ou a ver televisão.</p> <p>São prestados cuidados de higiene aos utentes. Os utentes do sexo masculino tomam banho completo.</p> <p>Os utentes mais dependentes jantam e são deitados, após a prestação de cuidados.</p>		
18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.	18h30: é rezado o terço.
19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.	19h30: é servido o jantar ao restante grupo de utentes.
Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.	Após as 20h todos os utentes se encontram nos quartos.