

# Trabalho de Projeto

---

**Olhar o passado, pensar o presente e planear o futuro**

**Ana Margarida Gomes Pais e Silva**



"Procuramos sempre um lugar em que possamos ser o melhor para nós, muitas vezes erramos nas escolhas e começamos uma nova peregrinação...Mas temos que pensar que o melhor lugar é onde está o nosso coração, aonde ele escolhe ancorar, é ali que devemos edificar nosso lar e nossa felicidade." Hilario Josepe

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto de Serviço Social do Porto para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientador: Professora Doutora Joana Guedes

## **Agradecimentos**

A realização do presente trabalho de projeto resultou de dedicação e esforço pessoais, tendo-se tornado possível pelo apoio e incentivos de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto o meu mais profundo apreço.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus porque me deu alguma saúde, coragem e determinação para me inscrever no mestrado numa das fases mais delicadas da minha vida.

Agradeço a todas as pessoas idosas (aos meus “avós”, estejam onde estiverem) com quem tive o prazer de partilhar a minha vida e que me despertaram para a indispensabilidade da melhoria da qualidade dos cuidados prestados mas, e sobretudo, a importância do cuidar com o coração, tornando bem evidente a pertinência da humanidade na humanidade.

Sou muito grata aos meus familiares diretos (pais, irmãos, sobrinhos, marido e filha), obrigada pelo estímulo e incentivo sem reservas... Agradeço o tempo que prescindiram e a força que sempre me dirigiram, tornando possível concluir, em tempo, esta nova etapa.

Por fim, agradeço à Professora Doutora Joana Guedes, minha orientadora, pela motivação, escuta, incentivo, entusiasmo e pela partilha de conhecimentos, sem os quais seria impossível conseguir concluir este desafio. Posso dizer que graças a si não desisti...

A força de todos tornou este percurso possível...OBRIGADO!

## ÍNDICE GERAL

Índice de Tabelas e Gráficos .....	V
Índice de siglas, abreviaturas e similares .....	V
Resumo .....	VI
Abstract .....	VII
Resumé .....	VIII
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO (ESTADO DE ARTE) .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Enquadramento do fenómeno de Envelhecimento .....</b>	<b>12</b>
1.1. Enquadramento histórico do envelhecimento .....	12
1.2. Envelhecimento demográfico na Europa: tendências e perspetivas .....	14
1.3. Projeções demográficas em Portugal .....	17
<b>2. Desafios que o Envelhecimento coloca às estruturas familiares e comunidade .....</b>	<b>21</b>
2.1. Estruturas familiares e suas alterações .....	21
2.2. O papel da família com a pessoa idosa .....	23
2.3. Desafios em torno do envelhecimento ativo.....	26
<b>3. Cuidados nas respostas sociais e desafios do envelhecimento .....</b>	<b>38</b>
3.1. Redes de suporte, laços sociais e socialização .....	38
3.2. Cuidadores formais e informais .....	42
3.3. Contextualização da evolução das Políticas sociais e de saúde em Portugal .....	44
<b>CAPÍTULO II – ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>52</b>
<b>Metodologia de projeto .....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>63</b>
<b>1. Caracterização do contexto onde se insere a instituição .....</b>	<b>64</b>
<b>2. A Instituição .....</b>	<b>65</b>
2.1. As respostas sociais .....	66
2.2. Missão, visão e valores .....	67
2.3. Estrutura orgânica .....	67
2.4. Recursos humanos e sua gestão .....	68

2.5. Caraterização das funções desempenhadas .....	74
2.6. Gestão da qualidade, uma estratégia .....	78
2.7. Principais projetos e parcerias .....	80
2.8. Caraterização da população institucional .....	81
2.9. Rotinas institucionais .....	89
2.10. Interações entre atores institucionais .....	97
<b>3. Do diagnóstico de necessidades às prioridades de intervenção .....</b>	<b>100</b>
<b>CAPÍTULO IV- PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>106</b>
Programa 1: Promoção do voluntariado e reforço da ligação comunitária .....	110
Programa 2: Lugar de Vida .....	114
Programa 3: Pessoas com história(s) .....	121
Programa 4: Aperfeiçoamento do quotidiano institucional .....	126
Programa 1: Capacitar as equipas e melhorar o trabalho de cooperação .....	130
<b>Avaliação do projeto de intervenção .....</b>	<b>134</b>
<b>CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>138</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>144</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Quadro de Pessoal por Resposta

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Média de utilizadores no último triénio por resposta social

Gráfico 2 – Média de Idades das pessoas integradas em ERPI

Gráfico 3 – Motivos inerentes aos pedidos (ERPI, CD e SAD)

Gráfico 4 – Patologias (ERPI)

Gráfico 5 – Atividades de Animação

## Índice de siglas, abreviaturas e similares

Siglas	Designação
ABVD's	Atividades básicas da vida diária
ACS	Agrupamento de centros de saúde
AVAC	Sistema de aquecimento, ventilação e arejamento central
CCT	Convenção coletiva do trabalho
CDSS	Centro distrital de segurança social
CD	Centro de dia
CE	Comunidade Europeia
CEI	Contrato emprego-inserção
CQEP	Centro para a qualificação e ensino profissional
CME	Câmara municipal de Estarreja
CNIS	Confederação nacional das IPSS's
ERPI	Estrutura residencial para pessoas idosas
EU	European Union
IAS	Indexante dos apoios sociais
IEFP	Instituto de emprego e formação profissional
IPO	Instituto português de oncologia
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISS	Instituto de Segurança Social
JF	Junta de freguesia
MGQRS	Manual de gestão da qualidade das respostas sociais
MSSS	Ministério da solidariedade e segurança social
NUT	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização mundial de saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACOPAR	Painel Consultivo Comunitário do Programa Atuação Responsável de Estarreja
PAISS	Plano de ação do ISS
PNAI	Plano Nacional de Ação para a Inclusão
PARES	Programa de alargamento da rede de equipamentos sociais
SAD	Serviço de apoio domiciliário
SGQ	Sistema de gestão da qualidade
TIC	Tecnologias de informação e comunicação

## ***Resumo***

O presente trabalho de projeto surge no âmbito do Curso de Mestrado em Gerontologia Social e evidencia os seus principais contributos para o desenvolvimento de competências especializadas em contexto institucional.

O presente trabalho incidiu sobre uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) recentemente edificada e com outras respostas sociais adjacentes (creche, centro de dia e apoio domiciliário) e teve como principal finalidade perceber a qualidade de vida das pessoas idosas em contexto institucional, sobretudo residentes e os efeitos específicos que a entrada em lar produz sobre as pessoas. Partindo do princípio de que o processo de internamento pressupõe perda de autonomia, a rutura com os modos de vida anteriores e com a sua residência, importa perceber até que ponto, a integração em Lar poderá contribuir ou preservar e até reforçar, a sua estrutura identitária.

Ao longo do desenvolvimento deste projeto foi tida por base metodologias intrínsecas à metodologia de projeto, bem como à investigação qualitativa, de cariz participante, descritiva e empírica.

A partir das fragilidades/necessidades identificadas e ainda, tendo em conta as prioridades de intervenção formularam-se diversos programas de intervenção na garantia efetiva de qualidade de vida às pessoas idosas que residem em lar.

Este documento tem por objetivos, descrever as experiências e aprendizagens observadas, realizar uma análise crítico-reflexiva das dinâmicas, serviços e rotinas institucionais, das situações de melhoria observadas, passíveis de serem resolvidas e das respetivas estratégias de resolução, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, perspetivando uma intervenção fundamentada na metodologia Humanidade.

*Palavras - chave: contexto institucional, qualidade de vida, Humanidade*

## ***Abstract***

This report is part of the Master Course in Social Gerontology and highlights its main contributions to the development of specialized skills in an institutional context. The present study focused on a newly built Residential Structure for the Elderly (ERPI) and other social responses (day care, day care and home support). Its main purpose was to understand the quality of life of elderly people in institutional context, especially residents and the specific effects that entry into the home produces on people. Assuming that the internment process presupposes a loss of autonomy, a break with previous ways of life and residence, it is important to realize the extent to which integration in Home can contribute or preserve and even reinforce its identity structure.

Throughout the development of this project was based on methodologies intrinsic to the project methodology, as well as qualitative research, participatory, descriptive and empirical. Based on the weaknesses / needs identified and also, taking into account the intervention priorities, several intervention programs were formulated to guarantee effective quality of life for elderly people living in the home.

This document aims to describe the experiences and learning observed, to perform a critical-reflexive analysis of the dynamics, services and institutional routines, the situations of improvement observed, which can be solved and their resolution strategies, with a view to improving quality of the care provided, with an intervention based on the Humanitude methodology.

*Key words: institutional context, quality of life, Humanity*

## *Résumé*

Ce rapport fait partie du Master en gérontologie sociale et souligne ses principales contributions au développement de compétences spécialisées dans un contexte institutionnel. Cette étude a porté sur un cadre résidentiel pour les personnes âgées (ERPI) a récemment construit et d'autres réponses sociales adjacentes (soins de jour, les soins de jour et les soins à domicile) et son objectif principal de réaliser la qualité de vie des personnes âgées en milieu institutionnel, en particulier résidents et les effets spécifiques que l'entrée dans la maison produit sur les gens. En supposant que le processus d'internement présuppose une perte d'autonomie, une rupture avec les modes de vie et de résidence antérieurs, il est important de comprendre à quel point l'intégration à domicile peut contribuer ou préserver et même renforcer sa structure identitaire.

Tout au long du développement de ce projet était basé sur des méthodologies intrinsèques à la méthodologie du projet, ainsi que des recherches qualitatives, participatives, descriptives et empiriques.

Sur la base des faiblesses / besoins identifiés et en tenant compte des priorités d'intervention, plusieurs programmes d'intervention ont été élaborés pour garantir une qualité de vie efficace aux personnes âgées vivant à la maison.

Ce document vise à décrire les expériences et l'apprentissage observée, procéder à une analyse critique et réflexive des dynamiques, des services et des routines institutionnelles, l'amélioration des situations observées, qui peuvent être résolus et les stratégies de résolution respectives pour améliorer la qualité des soins fournis, avec une intervention basée sur la méthodologie Humanité.

*Mots-clés: contexte institutionnel, qualité de vie, humanité*

## **Introdução**

O presente trabalho de projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e traduz algumas das inquietações observadas e desafios à prática profissional em contexto institucional.

No que respeita à estrutura do trabalho de projeto, este encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, relativo ao enquadramento teórico, são apresentadas algumas teorias no âmbito do envelhecimento, bem como são abordados algumas conceções teóricas, nomeadamente, envelhecimento demográfico em Portugal e Europa, assim como desafios em torno do envelhecimento ativo, das alterações das estruturas familiares, redes de suporte/laços sociais, cuidados e respostas sociais (cuidadores informais e cuidadores formais). No segundo capítulo, denominado de enquadramento metodológico, é realizada a apresentação e fundamentação metodológica utilizada, nomeadamente, o paradigma, metodologia, métodos e técnicas de investigação e avaliação. No terceiro capítulo, designado de enquadramento da prática profissional, é realizada a contextualização e caracterização da instituição e do público-alvo, a apresentação da problemática de intervenção e justificação da pertinência do estágio realizado para a área de especialização do mestrado. Este capítulo integra ainda a apresentação do diagnóstico de necessidades/fragilidades através do qual se definem as prioridades de intervenção. No quarto capítulo, intitulado de projeto de intervenção, são apresentados os diversos programas de intervenção (planos gerontológicos), a descrição dos mesmos e a sua avaliação. Por fim, o quinto capítulo finaliza com as conclusões finais.

# **CAPÍTULO I**

## **Estado de arte: Enquadramento Teórico**

---

## *1. Enquadramento do Envelhecimento*

### *1.1. Enquadramento histórico do Envelhecimento*

O envelhecimento populacional é um fenómeno que se verifica não apenas ao nível da realidade portuguesa mas com proporções mundiais, o que se justifica, entre outros aspetos, pela melhoria das condições de vida e consequente aumento da esperança média de vida.

O envelhecimento é um processo normal da vida, assim como a infância, a adolescência e a adultez e como em todas estas, a pessoa sofre alterações a nível biopsicossocial, variando, estas alterações, de indivíduo para indivíduo, sendo que as mudanças não são apenas geneticamente determinadas, pois o estilo de vida adotado é também um aspeto essencial neste processo. (Vieira, 1996)

O envelhecimento demográfico, o aumento de doenças crónico-degenerativas e as alterações a nível da estrutura familiar levam a que o número de pessoa idosas a residir em instituições de acolhimento tenha aumentado e que as listas de espera para entrada nas mesmas sejam cada vez maiores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, considera-se como idosa uma pessoa com mais de 65 anos, ou mais de 60 anos se viver em países menos desenvolvidos. Contudo, por se tratar duma definição arbitrária, ela encontra-se muitas vezes ligada à idade que, num país, se considera associada ao direito a uma pensão (idade legal de reforma).

Por tais motivos, as Nações Unidas optam por não considerar uma idade para se ser considerado pessoa idosa aceitando, contudo, a idade de 60 anos para esse efeito. Mas a utilização duma idade de calendário para marcar o limiar da velhice assume equivalência com a idade biológica mas, ao mesmo tempo, é geralmente aceite que estes dois factos não são necessariamente coincidentes.

O envelhecimento é um fenómeno que desperta interesse há vários séculos, tendo o conceito de envelhecimento sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

Atualmente o conceito de envelhecimento, na sociedade portuguesa, encontra-se frequentemente associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o anúncio do início da velhice (Squire, 2002).

A idade cronológica associada à idade da reforma é o único parâmetro que a sociedade portuguesa atribuiu na definição da população idosa, uma vez que o seu desenvolvimento sofreu modificações quer no seu sistema de produção de bens, quer a nível laboral a partir do momento que o trabalho começou a ser renumerado.

A reforma constitui-se como uma das transições significativas que marca o ciclo de vida dos indivíduos. Esta é considerada apenas como um novo ciclo de vida, que tem marcado de forma simbólica o início da velhice, tal como a saída do período escolar e a entrada no mercado do trabalho marcam o começo da fase adulta, no ciclo de vida de cada um (Silva 2009).

A entrada na reforma tem vindo assim a ser vista na história do século XX e XXI, como a saída do mercado de trabalho e da participação ativa na esfera pública, comportando desafios e mudanças ao nível dos rendimentos e dos papéis sociais (Squire, 2002).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja, que varia de indivíduo para indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013; Sequeira, 2010).

A nível biológico (senescência), ocorrem um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais (Sequeira, 2010), que resultam na perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas, e na conseqüente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbidades e probabilidade de morrer. Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades, e a ocorrência e intensidade com que ocorrem variam de pessoa para pessoa.

O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que se traduzem numa mudança de atitudes. Nesta dimensão, podem verificar-se perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio.

Por outro lado, as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais. A nível social, ocorrem alterações nos papéis a desempenhar ao nível do seio familiar, laboral e ocupacional, podendo resultar numa diminuição na participação social (Sequeira, 2010).

Numa perspetiva multidimensional, o processo de envelhecimento é uma experiência multifacetada que resulta da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos), que interagem de modo ininterrupto.

Um aspeto de relevância inegável é que o aumento da esperança média de vida leva a um inevitável aumento da prevalência de distúrbios mentais e doenças crónicas na população idosa, visto que a pessoa idosa, com as inevitáveis perdas provenientes do processo de envelhecimento, é um ser mais vulnerável a doenças.

Assim, não é apenas suficiente propiciar meios que possibilitem o aumento da esperança média de vida, mas, na eventualidade do aparecimento de situações de doença, possibilitar os meios necessários (físicos, humanos, entre outros) de prestação de cuidados a esta população mais fragilizada.

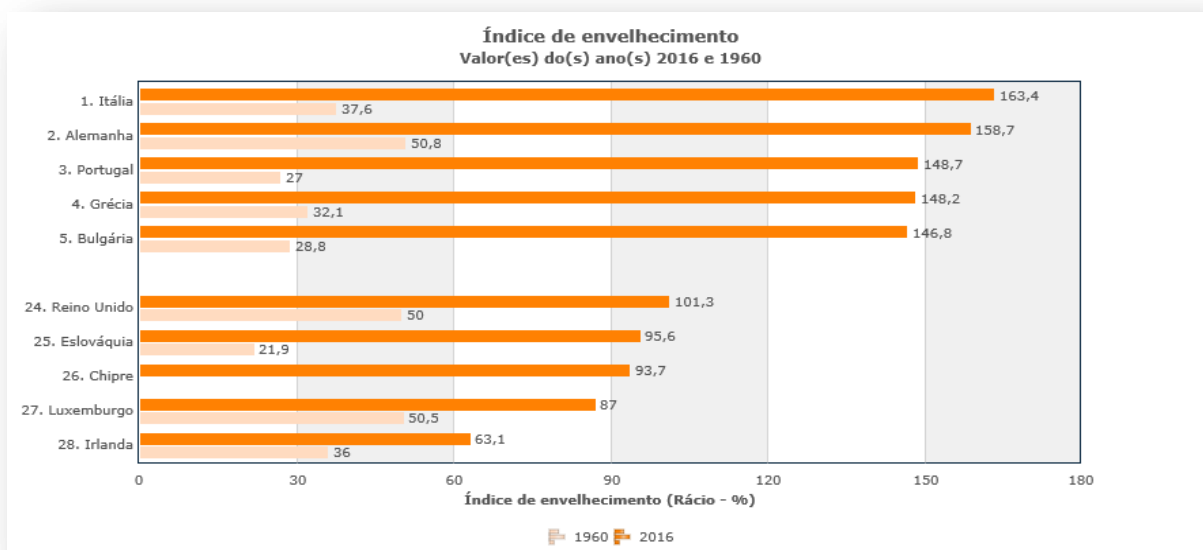
## 1.2. Envelhecimento demográfico na europa: tendências e perspetivas

A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade: a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida e o declínio da fecundidade que, conseqüentemente, provocam uma alteração e inversão da pirâmide das idades e se repercute na redução relativa na base e aumento da importância relativa das pessoas idosas.

Os dados oficiais (INE) revelam que a Taxa de Fecundidade<sup>1</sup> em Portugal apresentou a seguinte evolução: 95.7% em 1996 e 37.1% em 2016.

Por sua vez, a esperança média de vida à nascença<sup>2</sup> dos homens e mulheres nascidos em 1996 era, respetivamente, de 64 anos; os indivíduos apresentavam uma esperança de vida de 61.1 (H) e 66.7 anos (M), em 2000 uma média de 76.8 anos (73.3 H e 80.4 M) e dados apontam já em 2015 para 81.3 anos de idade (81.3 H e 81.6 M).

Gráfico n.º 1



Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA, 15/03/2018

<sup>1</sup> Taxa de fecundidade – segundo a definição do INE, consiste no número de filhos existentes por cada 1000 mulheres em idade fértil (INE - Estimativas Anuais da População Residente, PORDATA, 2018-01-29)

<sup>2</sup> Esperança média de vida à nascença – número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver (metainformação – Eurostat)

Os ganhos significativos em saúde em Portugal, ao longo das últimas décadas, constituem uma base importante para a melhoria do bem-estar, nomeadamente das populações idosas.

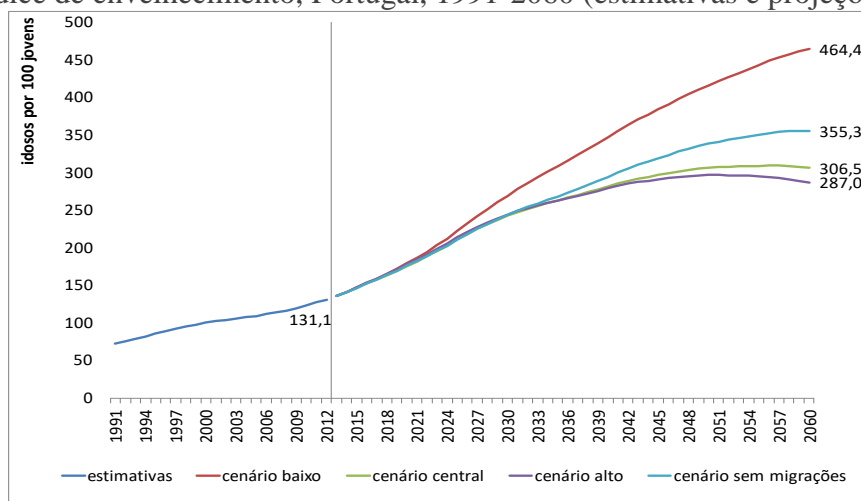
Ainda de acordo com os dados estatísticos do INE, a população residente<sup>3</sup> em Portugal em 2001 era de 10.362.722 comparativamente a 2016 com uma população residente de 10.325.452.

A relação entre o número de pessoas idosas e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento<sup>4</sup> de 98,8% para 148,7% em 2016. O índice de dependência<sup>5</sup> é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos pessoa idosas e Portugal apresentava, em 2010 uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 48,3% e 53,8% em 2016.

O peso das pessoas idosas na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa devido, por um lado, à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida.

O número de pessoas em Portugal com mais de 65 anos duplicou em relação aos anos 70 e é hoje superior a dois milhões, tendo a população com mais de 80 anos aumentado cinco vezes mais.

Gráfico n.º 2  
Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)



Fonte: Projeções da População residente: 2012-2060, INE 28/03/2014

<sup>3</sup> População residente- pessoas que estão 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 haveres (metainformação – INE)

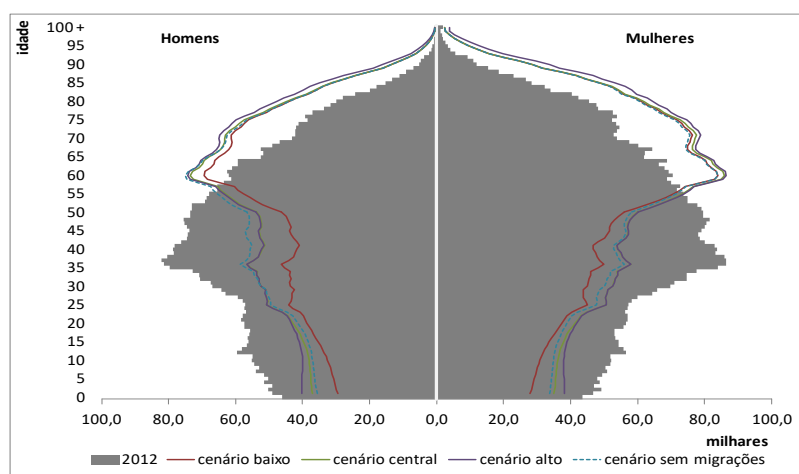
<sup>4</sup> Índice de envelhecimento- relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. (metainformação – INE)

<sup>5</sup> Índice de dependência total- relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. (metainformação – INE)

Os cenários demográficos até 2050 constam do exercício do INE denominado “*Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060*,”<sup>6</sup> publicado em 2010. A população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040 mas, a população ativa deverá diminuir na década de 20; a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050; por outro lado, a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período de projeção.

Gráfico n.º 3

Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2035 (projeções)



Fonte: Projeções da População residente: 2012-2060, INE 28/03/2014

Os fenómenos acima descritos resultam de diversos fatores, nomeadamente dos avanços tecnológicos e médicos, do incremento do acesso aos cuidados de saúde, da extensão dos sistemas de proteção social e da mudança nos hábitos alimentares (Cabral et al., 2013; Pocinho, 2014).

No entanto, em contraposição à positividade dos fenómenos referentes ao aumento da longevidade e da expectativa de vida, o declínio das taxas de natalidade pode ser interpretado como um desafio que surge como resultado da contraceção, da maior igualdade na distribuição dos papéis de género, particularmente no acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho.

Por sua vez, a esperança de vida aos 65 anos também aumentou em Portugal entre 2000 e 2016, aumentando 2,5 anos para a população geral, 2,4 anos para os homens e 2,2 para as mulheres, No entanto, esta não é acompanhada por uma expectativa de vida saudável (sem

<sup>6</sup>INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2009) *Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060*. Lisboa, Portugal.

incapacidade física), ou seja, uma vida mais longa não significa um aumento do tempo vivido com saúde e qualidade.

A dinâmica populacional faz, assim, antever uma sociedade futura cada vez mais envelhecida, com diversas implicações económicas, sociais e de saúde, prevendo-se um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade, que quase duplicará para 32,3% em 2060 (Almeida, 2012).

### *1.3. Projeções demográficas em Portugal*

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários mais avançados e uma redução do peso da população mais jovem. As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações mais velhas e uma redução secular do peso da população ativa.

O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas têm vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa.

O envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações.

Neste processo, observa-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (i.e., menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais mais velhos).

O desenho das políticas de educação, sociais e de saúde e a respetiva governação devem ter em conta as projeções das necessidades da população em matéria de serviços sociais e de saúde, sendo necessário, portanto, um olhar atento relativamente às projeções demográficas para Portugal, tanto ao nível da intensidade do movimento populacional e das suas estruturas etária, no médio e longo prazo, como no plano das profundas alterações nas estruturas familiares no nosso país.

De acordo com a Estratégia Europeia 2020 (*Comissão Europeia, coordenação das políticas económicas e orçamentais, prioridades de atuação*) adotada em Conselho Europeu de 8 de março de 2010, entre as três prioridades que foram aprovadas, considera-se relevante a do

crescimento inclusivo, reproduzindo informação do exercício. Estes recentes desenvolvimentos deverão contribuir significativamente para um processo mais rápido do envelhecimento da sociedade portuguesa, prenunciando que os desafios do envelhecimento deverão ocorrer mais cedo e com maior intensidade.

De fato, a redução da mortalidade está associada ao aumento da esperança de vida das populações, reforçando assim o peso da população sénior num quadro de taxa de fertilidade baixa.

A UE (União Europeia) recomenda que as políticas para fazer face ao desafio do envelhecimento terão que ter em conta a renovação demográfica; o emprego; a produtividade; o dinamismo produtivo da Europa; o acolhimento e integração efetiva de imigrantes e finanças públicas sustentáveis.

Em termos práticos, procura-se que cada vez um maior número de cidadãos pessoa idosas possa beneficiar duma vida mais ativa, saudável e participativa, o que representa sérios desafios às nossas sociedades e economias para atingir estes objetivos.

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada indivíduo vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. (*Comissão Europeia, coordenação das políticas económicas e orçamentais, prioridades de atuação*)

Os diferentes contextos mencionados, os vários parâmetros de satisfação e um conjunto variável de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) influenciam, por sua vez, o processo de envelhecimento.

Esta situação levanta a questão de saber quais são as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, sendo necessário equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos locais, regionais e nacionais, numa perspetiva de conciliação e de identificação das necessidades intrínsecas de cada sénior. Múltiplos princípios encontram-se em jogo, nomeadamente, a dignidade das pessoas, a subsidiariedade, a proximidade dos serviços à população alvo, a coesão social e local, a solidariedade e a economia.

O aumento da longevidade da população e conseqüente envelhecimento populacional resultam dos progressos realizados a nível económico, social, biomédico, tecnológico e na

melhoria das condições de vida da população, constituindo um indicador de desenvolvimento social e científico e conduzindo à associação do envelhecimento como um fenómeno positivo quer para os indivíduos, quer para as sociedades (Cabral et al., 2013; Pocinho, 2014).

No entanto, as rápidas mudanças observadas na sociedade causaram incerteza sobre, se o envelhecimento da população representa uma crise ou uma oportunidade.

O crescente aumento do número de pessoas idosas inativos e reformados, os seus baixos rendimentos e o crescente isolamento físico e social associam-se a uma maior ocorrência de doenças físicas e mentais e a situações de fragilidade e incapacidade.

O aumento da longevidade traduz mudanças no quadro de vida das pessoas idosas, mais concretamente no que respeita ao estado de saúde, tornando-as mais predispostas a doenças crónicas, a situações de dependência e conseqüentemente a depender de apoios sociais e familiares; e à participação na sociedade, com a diminuição das redes pessoais e sociais (Cabral et al., 2013). Ao nível societal, os mesmos autores mencionam que o fenómeno de envelhecimento populacional coloca exigências às famílias, entre outros significativos, visto que influencia as transferências económicas entre os diversos elementos familiares e, particularmente o desequilíbrio crescente entre ativos e não ativos, bem como entre jovens e pessoa idosas. Neste sentido, o crescente aumento de número de pessoa idosas e diminuição do número de jovens é descrito como um problema social e económico do envelhecimento, uma vez que cria pressões sobre as pensões a pagar, ou seja, conduz a um esforço acrescido da segurança social colocando em risco a viabilidade do pagamento de pensões ao número crescente de reformados (Rebelo e Penalva, 2004)<sup>7</sup>.

O índice de envelhecimento não é proporcional ao índice de sustentabilidade potencial<sup>8</sup>. O índice de sustentabilidade potencial em Portugal tende a agravar-se, tendo decrescido de 4.2 para 3.1 de 2000 para 2016 a população ativa por cada indivíduo com mais de 65 anos (PORDATA, 2018).

As preocupações geradas em torno do envelhecimento demográfico prendem-se essencialmente com o crescimento de custos de cuidados de saúde e de pensões, com os regimes de segurança social e com a sustentabilidade da rede de cuidados, inclusive informais.

---

<sup>7</sup> Rebelo, J.; Penalva, H. (2004) “Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade” in II Congresso Português de Demografia. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal Setembro de 2004

<sup>8</sup> Índice de Sustentabilidade potencial- População com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos / População com 65 ou mais anos (metainformação – INE)

O envelhecimento da população gera assim repercussões em diversas áreas, encontrando-se a nível coletivo associado ao aumento da despesa pública, aos riscos inerentes à sustentabilidade da segurança social e à incapacidade do sistema de saúde de dar resposta às necessidades específicas das pessoas idosas e principalmente dos mais envelhecidos (Rebelo e Penalva, 2004; Cabral et al., 2013).<sup>9</sup>

Neste sentido, Cabral et al. (2013) referem que o verdadeiro problema colocado pelo envelhecimento à sociedade não se resume ao seu custo, mas sim ao do lugar que a velhice ocupa nesta. Jacob (2013) refuta ainda a ideia de que o aumento da despesa na área da saúde é causado exclusivamente pelo envelhecimento da população, apontando a medicação, os exames de diagnóstico e as novas técnicas e tecnologias como os fatores que mais encarecem a saúde. Na mesma linha, Barros (2012) refere que o principal desafio do envelhecimento no setor da saúde não é o acréscimo de despesa, mas a organização de respostas diferenciadas e adequadas às necessidades da população idosa, bem como a capacidade de utilizar mecanismos já existentes.

As conceções criadas em torno dos custos do envelhecimento criam ainda representações negativas face ao mesmo e às pessoas idosas, promovendo o preconceito, fomentando o fenómeno de idadismo (discriminação pela idade) e estimulando o isolamento, colocando assim os mais velhos expostos a fenómenos de exclusão social (Rebelo e Penalva, 2004; Jacob, 2013).

O envelhecimento é um processo dinâmico normal e não uma doença. Apesar de se verificar uma redução da capacidade funcional, que tende a remeter as pessoas idosas para uma sociabilidade familiar ou de vizinhança limitada e para situações de solidão ou para instituições, não deve justificar a exclusão das pessoas mais velhas da vida social.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde aponta que quanto mais tempo o pessoa idosa permanecer com saúde, sem incapacidade e produtivo, melhor será a sua qualidade de vida, maior a sua contribuição para a sociedade e, provavelmente, menor o custo de lhe proporcionar serviços sociais e de saúde. O envelhecimento da população deve assim ser visto como uma oportunidade, tornando-se primordial a criação de políticas públicas de proteção social adequadas e o redimensionamento da saúde e do apoio, que promovam um envelhecimento bem-sucedido, incentivem a coesão e interação familiar e defendam a pessoa idosa de negligência, de más práticas e de violência (Rebelo e Penalva, 2004; Sequeira, 2010; Pocinho, 2014).

---

<sup>9</sup> Cabral, M. V., et al. (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

A necessidade de promoção de um envelhecimento saudável e com qualidade, ou seja, com saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível, traduz-se num desafio individual e coletivo para a prevenção e promoção da saúde. Assim, para evitar que o envelhecimento da população e a velhice sejam encarados como um problema, é necessário unificar esforços no sentido de promover um envelhecimento ativo.

## 2. *Desafios que o envelhecimento coloca às estruturas familiares e comunidade*

### 2.1. *Estruturas familiares e suas alterações*

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento.

A família é um conjunto em interação dos seus membros e com outras famílias, é um sistema com sinergias variáveis que responde às necessidades e funções básicas dos seus membros. A família é transmissora de conhecimento e de valores, tendo, portanto, um papel socializador e educativo. Em geral, a família desempenha um papel importante na provisão dum vasto conjunto de serviços, para fazer face às necessidades dos seus membros, acomodando os efeitos da incerteza em domínios importantes da vida, como são os casos do mercado de trabalho ou dos cuidados pessoais, entre outros.

Segundo Fernandes (1997) as transformações no domínio familiar começaram a ter um maior relevo a partir da segunda metade da década de sessenta, sendo causadas por fatores como: o trabalho assalariado, a migração das pessoas para zonas industriais, a entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento do número de divórcios, a diminuição da fecundidade, os nascimentos fora do casamento e o aumento dos casamentos civis. A família tradicional, definida pela autora como um modelo familiar alargado, onde coabitavam três ou quatro gerações passou a caracterizar-se por um núcleo reduzido, onde coexistem apenas duas gerações, nomeadamente, os pais e os filhos. A união dos tempos tradicionais desvaneceu-se, enfraqueceram-se os laços de solidariedade e as trocas sócio familiares entre as gerações viram-se comprometidas (Guedes, 2012).

Na sociedade contemporânea, as instituições substituem a família em funções anteriormente destinadas, exclusivamente, à própria, nomeadamente, na proteção dos seus membros (Marques, 2007). Duque (2014: 39) refere ainda que “*a mentalidade altera-se, quando se alteram as estruturas e sistemas culturais, económicos ou políticos*”. Todavia, não obstante a

sociedade contemporânea ser cada vez mais individualista e voltada para valores materialistas, a família continua a ocupar um lugar central. A propósito de um estudo em que compara 8 países da União Europeia, Duque (2014), refere que 98% dos indivíduos dos países em estudo atribuem à família, tanto no inquérito de 2000 como no de 2008, muita ou bastante importância. Esta valorização da família é ratificada em todos os países do estudo. Esta relação com a família, refere o autor, “*não é de estranhar, uma vez que há outros indicadores que corroboram este valor, tal como é o caso da variável que questiona se estão dispostos a fazer algo para melhorar as condições de vida dos outros e, em geral, a maioria dos indivíduos do conjunto dos países, declarou estar disposto a colaborar, sendo que, no ano 2000, 95% da população afirma estar disposta a ajudar a sua família mais próxima*” (Duque, 2014: 107-108).

Olhando para Portugal, o mesmo autor refere que “*no ano 2008, os portugueses seguem exatamente a tendência do Conjunto dos países, uma vez que 78% lhe atribui muita importância e 21% bastante importância*” (Duque, 2014: 108), ou seja, a família, mesmo apesar de todas as transformações por que tem passado, continua a ter um grande valor e reconhecimento.

É no seio familiar que nascemos, crescemos e socializamos e, como tal, é nele que procuramos apoio para os problemas que surgem na vida quotidiana, durante o ciclo vital humano (Marques, 2007).

Em Portugal e nos países do sul da Europa, a família, constitui o suporte a todos aqueles que necessitam de cuidados, uma vez que, a tradição cultural do nosso país atribui às famílias, principalmente, às mulheres, a responsabilidade de prestar os cuidados às pessoas idosas dependentes (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Segundo Martins (2002), a instituição família constitui um fenómeno universal, que ao longo dos tempos assumiu diversas formas. Serra (2002: 534) por sua vez defende que “*a família é o ambiente com condições naturais onde espontaneamente surge uma troca mútua de sentimentos. Desta forma possui potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos*”.

Para Moreira (2001) “*todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções de modo a responder às suas necessidades enquanto família (enquanto todo), às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade*”. Neste sentido, a família é entendida como um sistema, ou seja, como um todo, sendo compreendida através de uma visão holística (Imaginário, 2008).

É fundamental o papel das famílias em relação aos seus pessoa idosas dependentes e, segundo Silva et al. (1995) “(...) *nos países desenvolvidos, onde a família alargada ainda existe, nem todos são capazes de lhe prestar cuidados necessários, em lhes fazer companhia*”. Contudo é notório que o maior e mais rápido apoio às pessoas idosas é assegurado pelos familiares. Apesar dos filhos deixarem de viver com os progenitores, a família continua a manter grandes laços, nos quais os filhos preservam as relações com os pais, apesar da sua autonomia (Costa, 2012). Geralmente, são os pais que apoiam os filhos, permitindo-lhes alcançar uma atividade profissional. No entanto, e devido ao aparecimento de doenças e consequente perda de autonomia e independência, a situação inverte-se, sendo a família chamada para prestar assistência (ibidem).

A família tende a criar “novas” dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e dos cuidados aos seus familiares mais pessoa idosas. Esta negociação não é meramente individual. Resulta das funções que cada elemento tem dentro e fora da família.

Para Carvalho, (2009) a “*estrutura familiar alterou-se com a passagem do predomínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas, de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós*”. Estas mudanças poderão reduzir o papel das famílias na provisão de serviços para os familiares mais pessoa idosas.

## ***2.2. O papel da família com a pessoa idosa***

Verificámos nos pontos anteriores que os dados demográficos demonstram uma tendência acentuada do envelhecimento populacional, com consequências nos apoios e nas estruturas das famílias, o que originará num futuro próximo, novas necessidades para as quais os idosos, famílias e comunidade, não estarão preparados.

A família é a instituição na qual a pessoa se insere e se desenvolve, ao longo das etapas do ciclo de vida. Portanto é uma estrutura de apoio responsável por garantir a realização e a satisfação das necessidades, sentidas pela pessoa aquando do envelhecimento.

As sociedades alteram-se ao longo dos anos, e, com elas, as famílias. Estas mudanças dão-se por uma série de fatores, quer sociais, económicos, políticos, demográficos e culturais. A realidade familiar não é universal, não é transversal às diversas culturas, e sofre, em todas as sociedades, alterações face aos períodos vividos. É difícil por isso, chegar a um consenso sobre um sentido único de família.

“A dificuldade em encontrar uma definição não ambígua de família reside em parte na relação que as famílias, em cada momento histórico e em cada sociedade concreta, estabelecem com a sociedade global” (Gonçalves, 2012: 173).

Nas últimas décadas tem surgido uma abordagem inovadora com o objetivo de corresponsabilizar as famílias na prestação dos cuidados. É nesta nova abordagem, que a conduta dos profissionais deve ser orientada no sentido de apoiar e ajudar as famílias que incluam pessoas idosas (na sua maioria com a agravante de serem pessoas portadoras de incapacidades/ doenças crónicas), a encontrarem um equilíbrio que lhes permita superar as alterações implantadas e, consecutivamente, favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente, garantindo o sucesso desta nova forma de viver.

A história de vida da família do idoso constitui um fator relevante na sua relação futura. A existência de conflitos potencia a perceção de repercussões negativas. Assim, a interação dos familiares com um idoso, é uma relação interpessoal fruto de um passado mediado pelo cuidar e pelos sentimentos que fluem entre ambos (Sequeira, 2007).

Há pesquisas que têm demonstrado que as famílias que institucionalizam as suas pessoas idosas, visitam-nos em média três vezes por semana. Contudo, com o tempo, as visitas vão diminuindo chegando a ser apenas uma ou duas vezes por ano e, por incrível que pareça, há casos em que os familiares chegam a dar endereços e números de telefone errados para não serem incomodados por causa dos idosos. Este sentimento de abandono aumenta as depressões, entre outros problemas de saúde (Zimmerman, 2007).

Os idosos privilegiam essencialmente os contactos sociais com os familiares e amigos esperando destes: apoio, partilha, companhia, afeto e carinho. Ao longo dos tempos, estas expectativas vão-se alterando consoante as necessidades de cada um e as experiências que vão vivenciando. Como a rede social não se mantém uniforme ao longo da vida, podemos, a partir dela, analisar o relacionamento interpessoal desenvolvido (Monteiro & Neto, 2008). Não chega apenas que as redes de apoio social existam, é necessário que as pessoas se disponham a participar e a envolver-se com os demais e nas propostas que lhes são feitas (Monteiro & Neto, 2008).

Cada cultura tem a sua visão sobre a velhice, sendo que a pessoa idosa vai ser bem ou maltratada de acordo com as características da civilização em que vive. Em algumas civilizações os idosos são respeitados e venerados, e noutras são muitas vezes negligenciados e abandonados (Ribeiro & Paúl, 2011).

Uma explicação para este facto prende-se, segundo Pereira e Roncon (2010), com a ideia de que as relações familiares na velhice são moldadas pelo conjunto das experiências de vida e

pelas circunstâncias históricas específicas que afetam os indivíduos ao longo das suas vidas. Logo, a adaptação às condições sociais e económicas que idosos e famílias enfrentam nos seus últimos anos de vida, está dependente dos padrões adaptativos utilizados ao longo do percurso pessoal e familiar. Relações de apoio mútuo constroem-se ao longo do tempo e são modeladas por circunstâncias históricas.

Para Fernandes (2001), a família é o lugar principal das partilhas intergeracionais. É o lugar da troca e da entajuda, onde as gerações se encontram de forma intensa. Estas relações intergeracionais desenvolvem-se em estruturas familiares contemporâneas que diferem das tradicionais, dado o incremento do número de famílias trigeracionais com aumento e reforço do topo (o que leva a que haja mais avós do que netos), a redução da coabitação dos pais idosos com os seus filhos adultos e o aumento dos idosos a viverem sós. Os modelos de ajuda que se estabelecem entre os membros da família, quer derivem da geração intermédia para os seus pais idosos, ou ao contrário, dos pais mais velhos para os filhos, têm usualmente origem no reconhecimento de uma necessidade. As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, criando redes de relações através das quais circulam ajudas, bens e afetos.

Para Martins (2005:131), apoio social/familiar é a quantidade e a qualidade das relações sociais/familiares que envolvem, de modo ativo, uma pessoa e que têm o intuito de fomentar o seu bem-estar físico e psíquico. Concluimos, de acordo com este autor, que o conceito de apoio social/familiar envolve transações entre pessoas e as suas redes sociais/familiares, no sentido de satisfazer necessidades. Neste sentido, o apoio social/familiar terá um efeito direto sobre o bem-estar, favorecendo a saúde. Assim, quanto maior for o apoio social/familiar, menor será o mal-estar psicológico percebido e quanto menor for o apoio social/familiar maior será a ocorrência de transtornos (Martins, 2005).

Diante destas conclusões, urge refletir sobre soluções partilhando responsabilidades.

As solidariedades familiares e de vizinhança, as instituições que têm surgido em consequência de políticas sociais de velhice – lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário – são recursos escassos e, em certos casos, desadequados às necessidades e à extensão do problema. Martin refere que, a disseminação de serviços exclusivos para os idosos é considerada como uma das causas da progressiva desresponsabilização da família. Cada vez mais, as pessoas aguardam respostas globais por parte das instituições particulares e públicas, esquecendo-se que algumas dessas competências eram tradicionalmente remetidas para a família. Apesar disto, e como foi dito anteriormente, o autor considera que as transformações produzidas ao

nível das relações familiares, não colocaram em causa a solidariedade familiar, dado que esta continua ativa.

### *2.3. Desafios em torno do envelhecimento ativo*

Atualmente a problemática de envelhecimento ativo encontra-se presente nas políticas públicas nacionais e internacionais, como uma abordagem fundamental para enfrentar os desafios do envelhecimento da população. Este surge na sequência de um envelhecimento saudável preconizado até então, pretendendo ter uma abordagem mais abrangente e multidimensional, que para além de abranger a saúde, foque aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, que influenciam o envelhecimento (Ribeiro e Paúl, 2011)<sup>10</sup>.

O conceito de envelhecimento ativo foi referenciado pela primeira vez em 1998, numa publicação da *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico* (OCDE) tendo posteriormente evoluído para a defesa de uma política para o “*envelhecimento ativo*”, através da *Organização Mundial de Saúde* (OMS).

A ONU, através da OMS, a Comissão Europeia (CE) e a OCDE, promovem iniciativas destinadas a alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e a definir políticas públicas que respondam a esses desafios (Cabral et al., 2013).

Nesta linha, em 2012 foi celebrado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, a nível da União Europeia, que visa combater a discriminação com base na idade (idadismo) e promover a sustentabilidade entre gerações, incentivando os países a promoverem o envelhecimento ativo, atuando no domínio do *emprego, participação social e autonomia*.

Neste documento encontra-se ainda referido que uma resposta fundamental a esta rápida mudança na pirâmide etária, consiste em promover a criação de uma cultura de envelhecimento ativo ao longo da vida, garantindo assim que a população com perto de sessenta anos ou mais, em rápido crescimento, que, em geral, é mais saudável e mais instruída do que a de qualquer outro grupo etário precedente do mesmo tipo, tenha boas oportunidades de emprego e de participação ativa na vida social e familiar, nomeadamente através de atividades de voluntariado, da aprendizagem ao longo da vida, da expressão cultural e do desporto (*Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de setembro de 2011:246/5*).

---

<sup>10</sup> Óscar Ribeiro; Constança Paúl (ed.). 2011. *Manual de Envelhecimento Ativo*. Interações: Sociedade E As Novas Modernidades.

Portugal associou-se a esta iniciativa através da Resolução do Conselho de Ministros 61/2011, de 22 de dezembro, assumindo que o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações* “pretende contribuir para promover uma cultura de envelhecimento ativo na Europa convocando valores europeus como a solidariedade, a não discriminação, a independência, a participação, a dignidade, os cuidados e a auto realização das pessoas idosas, concorrendo para o desenvolvimento harmonioso das sociedades europeias” (Resolução do Conselho de Ministros 61/2011, de 22 de dezembro).

Neste sentido, as organizações acima supracitadas têm em comum o paradigma do envelhecimento da população, regendo-se pelo envelhecimento ativo, no entanto, o tipo de abordagem de cada uma reflete preocupações e soluções distintas no âmbito de intervenção que caracteriza cada organização.

A OCDE define o *envelhecimento ativo* como a capacidade das pessoas levarem uma vida ativa e produtiva na sociedade, à medida que envelhecem. O envelhecimento ativo implica uma flexibilização do modo como os indivíduos e as famílias repartem o seu tempo entre o trabalho, a educação, o lazer e a prestação de cuidados (OCDE, 1998). Esta definição realça a necessidade de prolongar a vida ativa, mas também a importância de contabilizar com as atividades de lazer, advogando uma desvinculação gradual do mundo laboral.

A CE advoga que o *envelhecimento ativo e a abordagem ao longo do ciclo vital* são princípios fundamentais na orientação de respostas políticas inovadoras ao envelhecimento na Europa e constituem uma solução para o futuro. Neste sentido, as orientações passam pela promoção de incentivos que permitam o prolongamento da vida ativa e que garantam a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos, de modo a contribuir para o combate da discriminação etária no mercado trabalho (Silva, 2009) Assim, torna-se necessário ter em consideração o conjunto de práticas que englobam “a aprendizagem ao longo da vida, o prolongamento do período de vida ativa, o adiamento da idade de reforma e a introdução de um sistema de reforma mais gradual, bem como a continuidade de uma vida ativa após a reforma e o desenvolvimento de atividades que permitam otimizar as capacidades individuais e manter um bom estado de saúde de cada pessoa” (CE, 2002:6).

Estas práticas são apontadas como benéficas pela CE, uma vez que permitem aumentar a qualidade média de vida dos indivíduos e, simultaneamente contribuir positivamente para a sociedade, através do aumento do crescimento, da diminuição de encargos com dependência e consequentemente com poupanças substanciais nos domínios das pensões e da saúde. Nesta perspetiva, a conceção de envelhecimento ativo foca essencialmente a atividade,

independentemente de que seja produtiva ou não, estabelecendo uma relação positiva entre o prolongamento da vida profissional e o estado de saúde.

Atualmente em Portugal verifica-se este fenómeno, com o regime geral de pensões da Segurança Social, a criar incentivos para os mais velhos permanecerem no mercado de trabalho através de medidas de bonificação e penalização, como é possível observar no *Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de Dezembro*.

Nesta perspetiva, é colocada em discussão a definição de envelhecimento ativo, nomeadamente se a sua promoção se traduz na preservação de trabalhadores ativos para além da idade legal de reforma ou no desincentivo da antecipação da reforma, uma vez que a sua principal abordagem no prolongamento da vida ativa é pela via do mercado de trabalho, resultando de preocupações de natureza financeira e de sustentabilidade da segurança social e dos sistemas de saúde.

As políticas sociais dirigidas às populações mais velhas em Portugal vão ao encontro das linhas que têm orientado a generalidade das políticas sociais em contexto europeu, tendo o conceito de envelhecimento ativo sido difundido de acordo com as orientações estratégicas traçadas pela Comissão Europeia.

A OMS tem vindo a propor uma nova conceção de envelhecimento ativo mais abrangente que integre, numa perspetiva multidimensional, os vários domínios da vida pessoal e social e que contrarie a tendência para uma visão redutora, direcionada unicamente para a vertente da empregabilidade. Nesta perspetiva, o envelhecimento ativo refere-se ao processo de *“otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice”* (OMS, 2002:12).

Este aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, participem ativamente na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades; e ao mesmo tempo tenham acesso a proteção, segurança e cuidados adequados. Nesta definição, o conceito "ativo" refere-se à participação e envolvimento contínuo na vida social, económica, cultural, espiritual e nos assuntos cívicos, e não apenas à capacidade de ser fisicamente ativo ou de participar no trabalho com vigor.

A nível individual o envelhecimento ativo objetiva dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm na sua vida, através de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia (Ribeiro e Paúl, 2011).

Os conceitos chave deste novo paradigma são: *a autonomia relacionada com a capacidade de tomar decisões e gerir a sua vida; a independência relacionada com a capacidade de*

*desempenho no autocuidado e atividades de vida diária* (Sequeira, 2010); *a expectativa de vida saudável considerada como o tempo de vida que se espera viver sem necessitar de cuidados especiais* (Ribeiro e Paúl, 2011); e *a qualidade de vida, que é um conceito amplo e complexo que incorpora a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e características do meio em que se encontram inseridas* (OMS, 2002).

A expectativa de vida saudável com autonomia, independência e com qualidade de vida para todas as pessoas incluindo as que necessitam de cuidados, são objetivos essenciais deste amplo conceito. Neste sentido, a abordagem da OMS pressupõe uma rutura com o pressuposto de que o envelhecimento está associado à aposentação, doença e dependência, ou seja, a apenas aspetos económicos e biomédicos, tendo em consideração o envelhecimento ao longo da vida.

A longevidade no conceito de envelhecimento ativo deve ser interpretada à luz de duas perspetivas: a de curso de vida e a da transição para a inatividade (Cabral et al., 2013). A perspetiva de curso de vida analisa o envelhecimento como um processo influenciado pelas diferentes trajetórias de vida, e a perspetiva de transição para a inatividade preconiza uma flexibilização desta passagem, através da criação de condições e motivações para o prolongamento vida ativa, desde que o estado de saúde o permita (Cabral et al., 2013). Nesta perspetiva, o conceito de envelhecimento ativo remete para duas direções chave: o aumento da expectativa de vida saudável e o prolongamento da vida ativa, devendo o envelhecimento ser considerado numa perspetiva de ciclo vital, em que envelhecer não se inicia numa idade específica, como a idade da reforma, mas que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente.

Assim, *“a qualidade de vida que desfrutarão, a vós depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo da vida [...]”* (OMS, 2002:12).

A OMS (2002) preconiza assim que existem diversos determinantes que influenciam o envelhecimento ativo, nomeadamente a cultura e género; determinantes sociais e económicos; determinantes do ambiente físico e do acesso à saúde e aos serviços sociais; e determinantes comportamentais e individuais. Estes encontram-se interligados em diversos aspetos, sendo a sua interação de extrema relevância. Os determinantes influenciam diretamente ou indiretamente o bem-estar, a prevalência de doenças, o seu início e progressão, bem como o modo como os indivíduos lidam com as mesmas e com a incapacidade (OMS, 2007).

A cultura e o género são determinantes transversais que influenciam o processo de envelhecimento, assim como todos os outros determinantes do envelhecimento ativo. Estes

são filtros da compreensão do fenómeno de envelhecimento, que influenciam todos os componentes e determinantes associados ao mesmo, particularmente a intergeracionalidade das relações e os comportamentos face à saúde e à doença.

A cultura refere-se aos valores culturais, tradições, convenções e convicções que são particulares no tempo histórico e cultural das sociedades, não sendo passíveis de transição momentânea, e que explicam processos, salientam preconceitos e atravessam e justificam comportamentos (Ribeiro e Paúl, 2011). Nesta perspetiva, a cultura tem um elevado impacto na construção social da velhice e do envelhecimento, na medida em que influencia o modo como a sociedade vê as pessoas mais velhas e o próprio processo de envelhecimento (OMS, 2002). Pessoas a viver em meios rurais ou urbanos, ou em países diferentes, envelhecem igualmente, no entanto o envelhecimento é encarado de modo diferente consoante os valores culturais.

Sem dúvida alguma, a imagem da pessoa idosa e a noção de envelhecimento foi-se modificando ao longo dos séculos em Portugal, tendo em consideração a construção social e a conjuntura histórica. No século XIX a pessoa idosa era vista como respeitável, dotada de experiência e sabedoria, tendo um papel importante na família, nomeadamente na transmissão de conhecimentos entre gerações.

No século XIX e XX assistiu-se a uma alteração na estrutura económica, resultante da crescente industrialização aliada à produtividade, fator que transformou a imagem da pessoa idosa como uma pessoa frágil, inútil e improdutivo, diminuindo o seu papel no seio familiar e sendo remetido para lares e hospitais. Atualmente a velhice encontra-se ainda fortemente associada a uma diminuição de capacidades, de recursos sociais e económicos, sendo vista como uma problemática pela procura do lugar da pessoa idosa na sociedade, resultante do crescente aumento do número de pessoa idosas e da sua esperança de vida.

Numa perspetiva societal e comunitária os valores culturais são primordiais para a construção de histórias de vida e de uma adaptação positiva ao envelhecimento, estando diretamente relacionadas com o género.

O género é atualmente reconhecido como uma variável de extrema relevância na compreensão do envelhecimento humano (Ribeiro, 2012). Este assenta por um lado sobre o determinismo biológico (sexo), ou seja, sobre as diferenças biológicas entre homens e mulheres; e por outro na construção social (género), ou seja, como uma identidade concebida a partir de papéis sociais e económicos que cada um assume ao longo da vida, e das responsabilidades e oportunidades que a sociedade e as famílias atribuem às mulheres e aos

homens (Ribeiro, 2012). Nesta perspectiva, o sexo é reconhecido como uma propriedade dos indivíduos, enquanto o gênero é visto como um elemento estruturante das relações sociais.

As diferenças genéticas, os comportamentos e os papéis sociais e ocupacionais influenciam a esperança média de vida e os fatores de morbilidade entre os sexos. Atualmente confirma-se um processo de feminização do envelhecimento, com a predominância das mulheres entre as pessoas mais velhas, que evolui de forma crescente à medida que se avança na idade (Perista e Perista, 2012). A demografia revela que as mulheres tendem a continuar em maior número relativamente aos homens, no entanto a diferença na esperança de vida pode tender a diminuir como consequência nas mudanças do papel da mulher na sociedade e nas mudanças de estilo de vida, tais como a participação no trabalho remunerado e aumento da taxa de mulheres fumadoras.

A construção de identidade de gênero moldada ao longo do tempo histórico e cultural, enfatiza experiências de vida e resultados de envelhecimento distintos, de homens e mulheres com diferentes expectativas nas várias esferas de vida (Ribeiro e Paúl, 2011; Ribeiro, 2012). Envelhecer enquanto homem ou mulher determina modos distintos de vivência, resultantes de diversas expectativas, identidades, relações e processos, sendo primordial reconhecer e adotar uma perspectiva de ciclo de vida. Assim, a saúde, a participação social, a independência e a autonomia, fatores reconhecidos pela OMS no envelhecimento ativo, variam conforme o gênero e as diferentes realidades de vivência (cultura).

Os serviços sociais e de saúde desempenham um papel preponderante na promoção do envelhecimento ativo, na medida em que estes devem estar integrados numa perspectiva holística que contemple a saúde ao longo das diversas fases da vida. Neste sentido, é importante a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acesso equitativos tanto a cuidados primários de saúde, como cuidados curativos e de longa duração, formais ou informais (OMS, 2002). É imperativo a adoção de estilos de vida saudáveis e participação ativa nos cuidados pessoais independentemente da idade, incluindo a prática de exercício físico, uma alimentação saudável, o fim do uso de álcool e de tabaco, a utilização de medicamentos de forma moderada e adequada (OMS, 2002).

O envelhecimento também é afetado por fatores pessoais, nomeadamente pela biologia e genética e por fatores psicológicos. A biologia e genética têm uma elevada influência no modo como uma pessoa envelhece, uma vez que o envelhecimento também ocorre de forma biológica, provocando um aumento da fragilidade e da suscetibilidade à doença. Este resulta de uma combinação da genética com o meio ambiente, o estilo de vida, a nutrição, sendo que o desenvolvimento de doenças crónicas, diabetes, doenças cardíacas, doença de Alzheimer e

certos tipos de cancro se processa de modo pessoal e diferente de indivíduo para indivíduo (OMS, 2002). Os fatores psicológicos, incluem a inteligência e capacidade cognitiva, ou seja, a capacidade para resolver problemas e de se adaptar às mudanças e perdas (OMS, 2002). O ambiente físico encontra-se relacionado com as condições que a sociedade proporciona à pessoa idosa, e que podem influenciar a sua independência ou dependência. Neste sentido, como as pessoas idosas têm tendência a ser mais frágeis e a viverem sós, é importante oferecer condições de segurança contra roubos, violência e barreiras arquitetónicas, tanto na sua habitação como no bairro onde se insiram.

Também se torna imperativo o acesso a transportes públicos, a proximidade com os membros da família, serviços que podem significar a diferença entre interação social positiva e isolamento (OMS, 2002).

Por sua vez, os determinantes sociais prendem-se com apoio social adequado, oportunidades de educação e da aprendizagem ao longo da vida, paz e proteção de violência e abuso, que são fatores-chave no melhoramento da saúde, da participação e da segurança das pessoas idosas (OMS, 2002).

Os determinantes económicos relacionam-se com o trabalho, o valor da reforma e com a proteção social. As pessoas idosas encontram-se mais propensas à pobreza, vulneráveis à doença e à perda de apoio familiar, neste sentido é necessário políticas que promovam o acesso equitativo a alimentos nutritivos, habitação adaptada, cuidados sociais e de saúde adequados (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo é perspectivado pela OMS (2002) de forma ampla, não se restringindo apenas à promoção da saúde. Este também abrange fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar, bem como dá relevância ao impacto que a sociedade, a comunidade e a família exercem na forma como se envelhece.

Numa perspetiva mais ampla, a abordagem de envelhecimento ativo reconhece os direitos humanos dos mais velhos, e os princípios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, incentivando assim a igualdade de oportunidades em todos os aspetos da vida das pessoas idosas (OMS, 2002). Esta abordagem, resulta de um posicionamento que advoga a responsabilização das pessoas mais velhas pela participação nos vários contextos da sua vida, em vez de os considerar como alvos passivos.

A OCDE define o envelhecimento ativo como a capacidade das pessoas levarem uma vida ativa e produtiva na sociedade, à medida que envelhecem. O envelhecimento ativo implica

uma flexibilização do modo como os indivíduos e as famílias repartem o seu tempo entre o trabalho, a educação, o lazer e a prestação de cuidados (OCDE, 1998).

Esta definição realça a necessidade de prolongar a vida ativa, mas também a importância de contabilizar com as atividades de lazer, advogando uma desvinculação gradual do mundo laboral.

Assim, torna-se necessário ter em consideração o conjunto de práticas que englobam “*a aprendizagem ao longo da vida, o prolongamento do período de vida ativa, o adiamento da idade de reforma e a introdução de um sistema de reforma mais gradual, bem como a continuidade de uma vida ativa após a reforma e o desenvolvimento de atividades que permitam otimizar as capacidades individuais e manter um bom estado de saúde de cada pessoa.*” (CE, 2002:6)

Atualmente em Portugal verifica-se este fenómeno, com o regime geral de pensões da Segurança Social, a criar incentivos para os mais velhos permanecerem no mercado de trabalho através de medidas de bonificação e penalização, como é possível observar no Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de Dezembro.

Nesta perspetiva é colocada em discussão a definição de envelhecimento ativo, nomeadamente se a sua promoção se traduz na preservação de trabalhadores ativos para além da idade legal de reforma ou no desincentivo da antecipação da reforma, uma vez que a sua principal abordagem no prolongamento da vida ativa é pela via do mercado de trabalho, resultando de preocupações de natureza financeira e de sustentabilidade da segurança social e dos sistemas de saúde.

As políticas sociais dirigidas às populações mais velhas em Portugal vão ao encontro das linhas que têm orientado a generalidade das políticas sociais em contexto europeu, tendo o conceito de envelhecimento ativo sido difundido de acordo com as orientações estratégicas traçadas pela Comissão Europeia. Estas políticas de acordo com Silva (2009) ignoram todo um quadro de referência cultural e social, que no passado recente elas próprias ajudaram a construir como as medidas de apoio à reforma antecipada, tornando assim o discurso do envelhecimento ativo simultaneamente, pragmático e ideológico, onde recomendações indiscutivelmente vantajosas para os indivíduos, independentemente da sua condição social, se misturam com recomendações ditadas por considerações e interesses económicos alheios aos da maioria dos pessoa idosas (Cabral et al., 2013:16).

Neste sentido, importa compreender como os indivíduos envelhecem em Portugal, nomeadamente que comportamentos e práticas adotam para manter um envelhecimento ativo

de acordo com os pressupostos acima evidenciados, e como estas influenciam o bem-estar, a saúde, a satisfação e a qualidade de vida.

Os profissionais qualificados podem ajudar as pessoas idosas a vivenciar um envelhecimento ativo. Contudo, podem surgir doenças que afetem as pessoas idosas, sendo as mais comuns: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Derrame; Diabetes; Cancro; Doença pulmonar obstrutiva crónica; Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose); Doenças mentais (demência e depressão, maioritariamente); Cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005). Com o aparecimento destas doenças crónicas, as pessoas idosas perdem um pouco da sua autonomia e são obrigadas a viver o envelhecimento de uma forma mais limitada.

É prodente que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência é necessário uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, na formação dos profissionais e do próprio apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim como uma adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada.

É importante salientar que a OMS (2005) associa o termo “ativo” não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, o envelhecimento ativo tem como objetivo “*aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas*” que se encontram neste processo (OMS, 2005, p. 13).

Por isso, a OMS advoga que os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para além disto, também propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005).

Como refere Ferreira (2009) o envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando deste modo a participação ativa das pessoas idosas, nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas.

O envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações que segundo a OMS (2005) são determinantes: transversais; relacionados

com os serviços de saúde e sociais; comportamentais; relacionados com aspetos pessoais; relacionados com ambiente físico; sociais e económicos.

Relativamente aos determinantes transversais (cultura e o género), eles são essenciais para compreender o envelhecimento ativo, pois envolvem todos os outros determinantes. A cultura engloba todos os indivíduos e populações e determina, de certa forma, o envelhecimento das pessoas. As tradições enraizadas, as atitudes, assim como os valores culturais moldam as sociedades no modo de aceitar o processo de envelhecimento e influenciam na procura de comportamentos saudáveis (OMS,2002). O género tem que ser alvo de atenção nas várias opções políticas e a consequência destas sobre o bem-estar das pessoas, independentemente de serem homens e mulheres (OMS, 2002).

Os determinantes relacionados com os serviços de saúde e o serviço social englobam a promoção da saúde e prevenção de doenças; serviços curativos; cuidados a longo prazo e serviços de saúde mental, é essencial que os sistemas de saúde tenham uma perspectiva de vida dos indivíduos que proponha a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo a cuidados primários de qualidade e a tratamentos a longo prazo como promotores do envelhecimento ativo. Mesmo implementando medidas na área da promoção da saúde e prevenção de doenças, os indivíduos aumentam o seu risco de desenvolver doenças (OMS, 2005). À medida que a população envelhece novas necessidades de saúde emergem decorrentes do aumento de doenças crónicas, entre outras. Assim, o consumo de medicamentos que retardem e tratem as doenças crónicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida também continua a aumentar. Neste sentido, é fundamental uma parceria entre governo, profissionais, indústria farmacêutica, entre outros, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos essenciais para as pessoas idosas e assegurar a sua utilização adequada atendendo à relação custo benefício (OMS, 2005).

Os determinantes comportamentais estão associados aos estilos de vida saudáveis e ao cuidar da saúde como bem essencial ao longo de todo o ciclo de vida. Compreendem o consumo do tabaco; a atividade física; a alimentação saudável, a saúde oral; o álcool e a gestão do regime medicamentoso (OMS, 2005). Estes determinantes são cruciais para um envelhecimento ativo, pois a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa dos indivíduos nos seus próprios cuidados são muito importantes em todas as fases do ciclo vital. A adoção destes comportamentos podem prevenir doenças, prolongar a vida e a qualidade de vida das pessoas (OMS, 2005). A atividade física se for regular e moderada pode trazer grandes benefícios à saúde de todos os indivíduos e pode retardar o declínio funcional. É muito importante, nomeadamente na vida da pessoa idosa, pois além de se sentirem úteis na sociedade adquirem

mais autonomia nas suas atividades de vida diárias (OMS, 2002). A atividade física é também considerada uma mais-valia para as pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido. Mas, é de salientar que o conceito de atividade inclui não só atividades físicas, como também, atividades mentais (Sé, 2009). O exercício e a estimulação das capacidades cognitivas nas pessoas idosas têm importância, uma vez que, apesar de não fazerem desaparecer as diferenças de idade, tendem a contribuir para um declínio mais tardio do que as capacidades não exercitadas (Fonseca, 2006)<sup>11</sup>. Uma grande aliada da atividade física é a alimentação saudável. A alimentação saudável é muito importante para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) os problemas de alimentação em todas as faixas etárias incluem a subnutrição (sobretudo nos países em desenvolvimento) e o consumo excessivo de alimentos. Relativamente às pessoas idosas, estes problemas podem ter diversas causas: baixos recursos sócio económicos, dificuldade em angariar alimentos, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que as impede de comprar comida e/ou prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física (OMS, 2006).

Os determinantes relacionados com aspetos pessoais englobam a biologia e a genética, componentes com grande influência no processo do envelhecimento, visto este resultar de um conjunto de processos geneticamente determinados. O envelhecimento consiste numa “deterioração funcional progressiva e generalizada,” que resulta da perda de algumas “capacidades/faculdades” e do aumento do risco de doenças relacionadas com as pessoas idosas (Kirkwood, 1996)<sup>12</sup>. Contudo, apesar da evidência subsiste um consenso de que “a trajetória de vida, de saúde e de doença de cada indivíduo resulta de uma combinação genética, ambiental, alimentação e de estilo de vida” (Kirkwood, 1996).

Nos fatores psicológicos estão incluídos a inteligência e a capacidade cognitiva e são preponderantes e indicativos do envelhecimento ativo e da longevidade das pessoas idosas (OMS, 2005). Algumas das capacidades cognitivas como a memória e a aprendizagem diminuem com o envelhecimento. Contudo, estas perdas podem trazer outros ganhos do ponto de vista na sabedoria, conhecimento e experiência da pessoa idosa. Há ainda outros fatores que as pessoas idosas foram adquirindo ao longo do ciclo vida que interferem no seu

---

<sup>11</sup> Fonseca, António Manuel (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Coleção: Campus do Saber - Nº8.

<sup>12</sup> Kirkwood RN, Thacker PA, Aherne FX, Goonewardene LA (1996) *The effect of dose and route of administration of prostaglandin F<sub>2-alpha</sub> on the parturient response of sows*. *J Swine Health Prod* 1996;4(3):123-126.

envelhecimento, como a auto eficiência que está ligada às escolhas de comportamentos pessoais do indivíduo ao longo da vida e à preparação para a reforma (OMS, 2002).

Relativamente aos fatores relacionados com o ambiente físico, estes podem marcar a diferença entre a independência e a dependência das pessoas idosas. A existência de inúmeras barreiras arquitetónicas contribuem para maior predisposição ao isolamento social, à depressão, à redução da resistência física e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. As quedas, os acidentes rodoviários, os acidentes domésticos, as catástrofes naturais podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes na pessoa idosa. É fundamental estar atento a estes fatores, pois são muito importantes para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa, porque lhes transmite segurança para viver o seu processo de envelhecimento. Para as pessoas idosas a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros é muito importante para promover interação social (OMS, 2002).

Os determinantes sociais que incluem o apoio social, a aprendizagem permanente, as oportunidades de educação, a paz e a proteção contra a violência e os maus tratos são conceitos chave para que a pessoa idosa tenha um processo de envelhecimento saudável. A falta deste tipo de apoios pode levar ao isolamento social e, conseqüentemente provocar a sua morte (OMS, 2002). A presença de contactos sociais próximos promove a saúde física e mental. É essencial que o governo, as organizações não-governamentais e os diversos profissionais fomentem parcerias e redes sociais para as pessoas idosas a partir de grupos comunitários, voluntariado, ajuda dos vizinhos, monitorização de visitas em parceria, cuidadores informais e a promoção da implementação de programas de interação entre as gerações (OMS, 2002).

A educação e a alfabetização são essenciais ao longo de todo o ciclo de vida e a sua ausência vai ter repercussões no processo do envelhecimento. Assim quando é deficitária influencia habilidades e oportunidades e conseqüentemente a qualidade de vida. Assim como, está também relacionado com maior risco de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento. Quanto maior for o nível de educação, assim como a oportunidade de formação contínua, maior serão os contributos no futuro para as pessoas desenvolverem habilidades e confiança e para que estas se adaptem e sejam independentes ao longo do seu processo de envelhecimento. Se cada vez mais há um aumento da população idosa, é importante manter as pessoas idosas envolvidas em atividades que as mantenham ocupadas e úteis para a sociedade (OMS, 2002).

Os determinantes económicos englobam três aspetos relevantes para o envelhecimento ativo: o rendimento, a proteção social e o trabalho. O rendimento para as pessoas idosas é um

problema, pois a maioria têm reformas muito baixas que não lhes permite pagar as várias despesas e por vezes, também não possuem bens ou poupanças para fazer face a esta problemática. Isto contribui para a falta de acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde e conseqüentemente, as pessoas idosas tem maior risco e vulnerabilidade. A proteção social é essencial para todas as pessoas, sobretudo pessoas idosas. Nos países em desenvolvimento as pessoas idosas tendem a pedir ajuda à família ou então utilizar as suas economias, pois nestes países o serviço social não consegue dar resposta à maioria das necessidades. Nos países desenvolvidos já existem outros meios, como por exemplo, pensões de velhice, projetos de pensão reforma, incentivos para uma poupança voluntária por parte das pessoas idosas (OMS, 2002).

O trabalho é muito importante durante a vida de uma pessoa. As pessoas que conseguem ter um trabalho digno com remuneração de acordo com a lei, com certeza que quando chegarem à velhice, manifestarão maior tranquilidade.

Face ao envelhecimento da população, o grande desafio que se coloca aos profissionais é o de conseguir uma sobrevivência maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor e com a capacidade de manter a sua autonomia e independência (Oliveira et al., 2010).<sup>13</sup>

### **3. Cuidados nas respostas sociais**

#### **3.1. Redes de suporte, laços sociais e socialização**

A gestão pública junto das populações mais envelhecidas é, devida às alterações na estrutura familiar, e muitas das vezes, assegurada através das instituições tradicionais que vão desde as Misericórdias às mais variadas organizações e serviços desenvolvidos para o efeito.

As Respostas Sociais de apoio à população idosa têm vindo a sofrer uma evolução ao longo do tempo, visto que se passaram dos remotos asilos para a criação de serviços de Apoio Domiciliário e para as Famílias de Acolhimento, para apenas referir alguns, pois tal como já havíamos referido, o dever de cuidar do pessoa idosa passou a ser encarado como uma responsabilidade do Estado.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são uma outra realidade e as mesmas, tendo por base o Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro, são definidas como: “Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o

---

<sup>13</sup> OLIVEIRA, Aldalan et al.(2010). *Qualidade de vida em pessoa idosas que praticam atividade física – uma revisão sistemática*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. vol. 13, nº 2, pp. 301-312. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a14v13n2.pdf>>.

*propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico...”.*

Nestes pressupostos, algumas das respostas sociais que estão ao dispor da população idosa são, de acordo com o Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2006): centro de convívio, centro de dia, estruturas residenciais para pessoa idosas, serviço de apoio domiciliário, acolhimento familiar, centros de acolhimento temporário para pessoa idosas e centros de noite.

Assim, de acordo com a mesma fonte (MTSS, 2006), os centros de convívio<sup>14</sup> dinamizam atividades sócio recreativas e culturais, levando a uma participação ativa da pessoa idosa na sua organização e prática; os centros de dia<sup>15</sup> apresentam serviços que permitem que a pessoa idosa se mantenha no seu ambiente sócio-familiar; as estruturas residenciais para pessoa idosas<sup>16</sup> consistem em estabelecimentos de alojamento coletivo, de caráter temporário ou permanente, onde se desenvolvem atividades de apoio social destinadas à população idosa: alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, onde se propicia o convívio e a ocupação dos tempos livres. Ainda sobre as respostas sociais pode-se referir: o serviço de apoio domiciliário<sup>17</sup>, para prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio para indivíduos ou famílias que, por várias razões, não possam satisfazer as suas necessidades básicas de vida diária.

O acolhimento familiar<sup>18</sup> integra de forma temporária ou permanente a pessoa idosa em famílias que prestem os cuidados necessários, quando ocorre uma inexistência ou insuficiência de Respostas Sociais que possibilitem que o pessoa idosa se mantenha no domicílio ou quando há ausência da família que assegure o pleno acompanhamento e/ou ainda em situações de emergência social. Os centros de acolhimento temporário para pessoa

---

<sup>14</sup> Centro de convívio- Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.

<sup>15</sup> Centro de dia- Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar. *Despacho do MESS de 03/08/1993 e Guião Técnico aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.*

<sup>16</sup> Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas- Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ ou de autonomia.

<sup>17</sup> Serviços de apoio domiciliário- Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

<sup>18</sup> Acolhimento familiar- Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e / ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.

idosas<sup>19</sup>, acolhem de forma temporária a pessoa idosa quando a mesma necessita de apoio social de emergência, sendo que após a estadia, a pessoa idosa é incluída no seu seio familiar ou transferida para outro serviço; os centros de noite<sup>20</sup>, indicados para pessoas idosas que se encontrem ainda autónomas e como tal durante o dia têm a sua rotina sendo que de noite recorrem a estes centros por necessitarem de alguma assistência e por fim, os centros de férias e lazer.<sup>21</sup>

A evolução das respostas sociais tem sido uma constante, contudo visto a situação atual de envelhecimento demográfico e as previsões futuras já referidas anteriormente, o número de equipamentos (embora os dados não ultrapassem o ano 2000) assume-se como insuficiente.

Não obstante, estes serviços procuram melhorar as condições de vida da população idosa sendo que, de acordo com as suas limitações, potencialidades, condições monetárias e de um modo geral pela sua condição de vida, o pessoa idosa e/ou a sua família opta pelo mais viável e ajustado.

Manter a pessoa idosa no seu domicílio apresenta-se, em grande parte dos casos, como o mais importante para que se sinta bem e, neste aspeto, o apoio domiciliário considera-se como uma resposta social de extrema relevância futura mas, com necessidade de se expandir em termos de tipologia de serviços, horários e recursos.

Contudo, quando outras necessidades se revelam, normalmente associadas ao aumento da dependência, a Institucionalização é quase sempre inevitável.

Assim, para Cadete (2001) o ideal seria que as pessoas idosas e as suas famílias pudessem escolher de forma livre e informada sobre os apoios e equipamentos que necessitam. Contudo, o mesmo raramente se verifica pois o *“fator escolha toma foros de privilégio, quando o acesso a respostas diversificadas e capacitadas para atender adequadamente as pessoas que dela necessitam deveria ser um direito”*.

Portugal dispõe de uma invejável malha de instituições de solidariedade social – privadas, públicas, associativas e fundacionais – às quais muito deve na cobertura efetiva de necessidades sociais e na mobilização do voluntariado e da filantropia nacionais. Estas

---

<sup>19</sup> Acolhimento temporário para pessoas idosas - resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e / ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.

<sup>20</sup> Centros de noite- Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.

<sup>21</sup> Centro de férias e de lazer - resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade, para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

instituições, multisseculares, independentemente da sua natureza, estão hoje muito vulneráveis pela sua dependência excessiva das transferências do Estado.

O panorama é preocupante em nível nacional, todos os indicadores demográficos concorrem para que, na atualidade, se assista a uma sobrecarga dos sistemas de apoio aos idosos e que essa sobrecarga seja irreversível e venha a se agravar nos próximos anos.

Todavia, estudos de caso desenvolvidos, mostram que as instituições estão disponíveis para a adoção de estratégias e atividades inovadoras, concorrendo com os privados, na diversificação das fontes de financiamento, no estabelecimento de parcerias alargadas, no aumento da qualificação de técnicos e dirigentes através do desenvolvimento de ações de formação, e no recurso ao voluntariado.

Na perspetiva de Sousa et al (2012)<sup>22</sup> a sustentabilidade, a longo prazo, das instituições passará por uma conjugação poderosa de esforços contemplando reformas nevrálgicas em dimensões diversas da sua atividade corrente, obrigando a pensar em estratégias que diversifiquem fontes de receitas (como rentabilização de património, parcerias com empresas no âmbito da responsabilidade social destas criação de programas de mentoring, angariação de patrocínios e donativos privados) a par de estratégias que reduzam custos e aumentem a eficiência na utilização dos recursos (criação de centrais de compras, rentabilização e partilha de recursos altamente especializados, apostando numa gestão eficiente).

Na mesma linha, Fontes (2012) reporta-se a diferentes possibilidades futuras, nomeadamente, a reformulação da oferta de serviços das respostas de Centro de Dia e Apoio Domiciliário, sobretudo, no período em que não se encontrem em funcionamento (noite); o reforço e implementação de uma panóplia de programas de planeamento de reforma, educativos e intergeracionais, de incentivo ao emprego sénior e de voluntariado, que rentabilizem os capitais acumulados (séniores) numa ótica solidária e intergeracional. Uma melhor atenção ao termalismo e turismo sénior é visto, pelo mesmo autor, como um dos fatores mais contribuintes para a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Mas o autor vai mais além, perante a perda de funcionalidade e reportando-se sobretudo a situações de dependência profunda e demência, considera também outras possibilidades, como a especialização e diferenciação por tipologias de respostas e funcionamento das instituições, promovendo cuidados especializados, nomeadamente no cuidado à demência e alívio dos cuidadores, estimulando ainda o reforço de serviços de acolhimento temporário para descanso do cuidador.

---

<sup>22</sup> Sousa, S. et al (2012) *As Instituições Particulares de Solidariedade Social num contexto de crise económica*. Lisboa CNIS.

### *3.2. Cuidadores formais e informais*

Sequeira (2007), no âmbito do contexto da prestação de cuidados, distingue dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador em questão: cuidado formal (atividade profissional) onde a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, gerontólogos, entre outros. Ganham a designação de cuidadores formais, pois existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...). Por sua vez, o cuidado informal, é entendido como a prestação de cuidados executados no domicílio, por outros cuidadores próximos da pessoa, que por norma ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, amigos, redes de vizinhança, entre outros. Estes últimos desempenham a sua atividade, que não é remunerada, e prestam os cuidados de uma forma parcial ou total. Os cuidadores informais desempenham esta função numa base informal, sem preparação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual e representam uma mais-valia, numa sociedade que ainda não é capaz de dar uma resposta satisfatória às necessidades de cuidados por parte da população idosa. Para além deste facto, podem representar uma fonte significativa de gratificação para as pessoas que assumem o papel de cuidadores informais e também para a pessoa idosa, se este tiver a possibilidade de permanecer no domicílio e próximo da sua família. Esta abordagem representa a oportunidade deste se manter num ambiente familiar, de grande afetividade, onde tem oportunidade de acompanhar os seus familiares e as suas vidas de forma mais próxima, desempenhando um papel significativo nas mesmas.

Os casos em que a pessoa idosa está a cargo de um cuidador informal auxiliado por algum serviço de apoio à população idosa são também uma realidade. Estas situações ocorrem em grande parte devido ao facto do cuidado diário e permanente a pessoa idosas dependentes interferir na vida do cuidador informal, sendo esta interferência em maior ou menor significância dependendo de fatores como o suporte familiar, o predomínio de uma vida social e um estilo de vida saudável.

Segundo Kawasaki e Diogo (2001), a vida familiar é um dos pilares da vida do cuidador informal que é afetado, uma vez que a tarefa de cuidador implica uma reorganização das tarefas quotidianas que têm de passar a centrar-se na pessoa de quem se cuida. Aspectos como: mudança no exercício de papéis; a diminuição do tempo de relacionamento com os amigos; a solidão; a sobrecarga e a frustração por não conseguir colocar em prática os seus projetos de

vida, fazem com que muitos cuidadores familiares necessitem assim de auxílio e como tal o cuidador formal assume-se como assistente da pessoa idosa em regime de apoio domiciliário. Apesar de esta ser uma abordagem desejada pela maioria das pessoas idosas e pelas suas famílias, existem obstáculos significativos que tornam difícil a implementação de cuidados informais, nalgumas situações. Uma destas situações consiste na presença de condições mais graves de doença, onde poderá existir uma necessidade premente de cuidados profissionais. Quando o familiar não consegue dar resposta a estes problemas, é fundamental que tenha ao seu dispor uma equipa de profissionais da área social disponível para lhe prestar o devido apoio. Quando instalada de forma crónica e progressiva a doença, na pessoa idosa, pode suscitar condições em que é necessária uma intervenção especializada, na garantia dos cuidados adequados. Nestes momentos, a presença do cuidador informal é fundamental, mas os cuidados devem ser conduzidos e orientados sempre pela equipa profissional.

No entanto, quando a família é responsável pelo cuidado diferenciado à pessoa idosa, é fundamental que esta seja preparada não só para a execução de algumas técnicas diferenciadas, mas também que esta seja capaz de reconhecer os limites da sua intervenção.

Na prestação de cuidados, a família deve ser capaz de identificar situações onde os seus cuidados não são suficientes e em que é necessária a intervenção especializada por parte da equipa multidisciplinar/cuidadores formais, tendo em consideração que os cuidados que prestam junto do familiar têm um impacto valioso, não só na vida do mesmo, como na vida da sua família e nas dinâmicas da nossa sociedade.

Torna-se relevante considerar a conceção de Jean Watson como condição necessária para conhecer o modo como o cuidado é realizado, os objetivos das ações desenvolvidas, o significado do cuidado para a vida humana (Watson, 1999).

A sua significância é percebida no ambiente de cuidado que apresenta diversas particularidades, nomeadamente a vulnerabilidade da pessoa alvo de cuidados, a par com a preocupação dos profissionais que desenvolvem os seus cuidados com competências e habilidades conscientes (Watson, 1999). Tratando-se de um modelo humanístico, preserva os valores éticos, morais e oferece possibilidades na busca de fundamentos teórico-filosóficos que possam orientar o agir do dos profissionais.

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (Watson, 2007).

Prestar cuidados, neste contexto específico, pressupõe fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis, aplicar as melhores evidências disponíveis aliadas à perícia dos profissionais, sendo esta um contínuo de múltiplas dimensões (resultados obtidos, atributos pessoais, conhecimentos, bem como proficiência cognitiva e valores do indivíduo). O indivíduo e os familiares são envolvidos nas atividades do dia-a-dia, constituindo-se em oportunidades de recuperação de capacidades, facilitadoras e promotoras não só da autonomia, como do bem-estar do paciente

Para isso, deverá tornar-se perceptível ao à pessoa idosa e aos familiares que, apesar das suas limitações e incapacidades, é possível continuar a envolver-se nas atividades básicas do dia a dia, pese embora de forma adaptada.

Para garantia da melhor qualidade de vida possível e reajustada, a identificação das necessidades, potencialidades, recursos e limitações existentes e a disponibilização dos apoios necessários à autonomia do paciente, é crucial por parte da equipa de profissionais (Cuidadores formais). É necessária, diria imprescindível, por parte da equipa, a compreensão das necessidades mas também potencialidades, recursos e limitações existentes, de modo a disponibilizar suportes que promovam a autonomia, ainda que de forma readaptada, ao paciente.

Atentar aos condicionantes da pessoa idosa, multifatoriais, os quais podem revestir-se de maior complexidade (exigindo avaliações de profissionais especializados) e inerentemente, com reflexos na avaliação de necessidades de intervenção. Isto é a Humanização no processo de prestação de cuidados.

Já muito foi feito para melhorar o trabalho em equipa, mas é necessário trabalhar ainda mais. Assim, uma equipa que permita um crescimento profissional dos seus elementos, resolvendo os problemas das pessoas idosas e aproveitando o conhecimento e competências dos envolvidos, permite produzir cuidados de excelência na área da prestação de cuidados e serviços.

### *3.3. Políticas sociais e de saúde em Portugal, desafios futuros*

O envelhecimento da população constituiu um dos maiores desafios das sociedades atuais. A Europa é um dos mais territórios envelhecidos e onde a crise financeira e económica têm colocado em causa as instituições políticas com impactos negativos na vida dos cidadãos, sobretudo, para os jovens que procuram o primeiro emprego e para as pessoas mais velhas.

Apesar da imensa oferta ao nível de equipamentos para idosos, estes continuam a ser menores que a procura, daí que foi criado, em 1997, o Programa Idosos em Lar (PILAR). No seguimento deste foi criado o Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI), com o objetivo de desenvolver os Serviços de Apoio Domiciliário, com o alargamento de horários incluindo fins-de-semana.

No que respeita aos idosos dependentes, também estes têm sido alvo de preocupação, daí terem sido criados os Serviços de Apoio Domiciliário Integrado (SADI), este segue os princípios do SAD – Serviços de Apoio Domiciliário, mas direcionado para os idosos dependentes, prestação de cuidados de saúde no seu domicílio, normalmente após alta hospitalar. Associado a este serviço, existem, também, as Unidades de Apoio Integrado (UAI), com o objetivo de prestar cuidados temporários, mas que por motivo de dependência não podem ser prestados no domicílio.

No que concerne às áreas de cultura e lazer, foram criados para os idosos alguns benefícios e descontos especiais com a possibilidade de poderem usufruir de bens e/ou serviços públicos e/ou privados. Estes benefícios podem ser através do Cartão do Idoso, Inatel-Instituto Nacional de Aproveitamento do Tempo Livre dos Trabalhadores, este instituto permite ao idoso gozar os seus dias em Turismo Sénior ou Termalismo Sénior, além destes, também, a Universidade da Terceira Idade, a Associação Portuguesa do Desporto Sénior, Instituto Português dos Museus, entre outros.

Outras iniciativas/políticas têm sido criadas ao nível regional, tais como, a Rede AJUDA, inscrita no plano de emprego regional do Alentejo, que tem como objetivo a criação de respostas de apoio social através de ações de formação para cuidadores.

Desde 2002 a produção da OMS presta especial atenção à importância da atividade física para a manutenção da saúde e da funcionalidade; a relevância dos cuidados paliativos; ao enfoque na saúde mental; ao reafirmar do valor dos cuidados de saúde no domicílio; os fatores de risco indutores de deficiência e a prevenção desta; a centralidade dada à prevenção é uma máxima constante; a adequação dos serviços de saúde que inclui a capacitação das unidades e dos recursos humanos tem sido objeto de debate; a importância do conhecimento e da adequação dos cuidados à doença crónica; os cuidados de longa duração e os domiciliários reassumiram relevância recentemente; as questões relacionadas com os maus tratos aos idosos tornaram-se ultimamente tema central do debate.

Na estratégia europeia 2010 é assumido que “*a crise anulou anos de progresso económico e social e expôs as fragilidades estruturais da economia europeia*” (EU, 2010, 5). A questão

coloca-se nas mediações do poder económico com as orientações políticas, com claro prejuízo para estas últimas no que diz respeito ao bem-estar social dos cidadãos.

A soberania dos estados e do espaço político é (re) partida, quer dizer que é exercida num espaço local e simultaneamente internacional e global.

A responsabilidade social, implícita no pacto (entre estado e sociedade) é construída por uma burocracia supranacional, como por exemplo a União Europeia e Organização das Nações Unidas. Quem tem o poder de decisão nesse sistema são as entidades que detêm o poder económico e simbólico. O poder, na sociedade em rede, é exercido pelas empresas, mercados financeiros onde se geram novas formas de controlo político e económico com implicações na (não) proteção social das pessoas. O mundo *“está a evoluir rapidamente e os desafios de longo prazo - globalização, pressão sobre os recursos, envelhecimento da população - tornam-se mais prementes”* (EU, 2010: 5).

Em 2012 será o ano Europeu do Envelhecimento Ativo e das Relações Intergeracionais. O objetivo é *“incentivar e apoiar os esforços dos Estados.- Membros, das autoridades regionais e locais dos parceiros sociais e da sociedade civil, no sentido de promover o envelhecimento ativo e de melhor explorarem o potencial da população, em rápido crescimento, com 50 ou mais anos de idade, preservando desta forma a solidariedade entre gerações”*.<sup>23</sup>

Independentemente da crise financeira e dos efeitos nefastos que a mesma tem para todos os cidadãos, é assumido que as transformações demográficas têm de ser encaradas como uma oportunidade que pode trazer soluções inovadoras para muitos dos atuais desafios económicos e sociais. Somos desafiados a construir uma sociedade onde os mais velhos tenham um lugar ativo e proactivo e que coletivamente, com as políticas e as práticas integrem ações que promovam o planeamento urbano, o desenvolvimento rural, os transportes públicos, o acesso aos cuidados de saúde, a política familiar, a educação e a formação, a proteção social, o emprego, a participação cívica, o lazer, entre outros.

A concretização dessa ideia exigirá uma nova avaliação e reformulação das políticas económicas e sociais.

Os profissionais são desafiados a compreender a complexidade dos problemas e a atuar sobre os mesmos desenvolvendo relações de ajuda compreensivas e integradas, fundadas na justiça social.

O envelhecimento ativo foi conceptualizado em 2002 pela OMS e pela ONU como uma forma de contrariar o efeito nefasto do envelhecimento relacionado com a discriminação que

---

<sup>23</sup> <http://projectotio.net/archives/3020> e <http://ec.europa.eu/> (consultado em 28/06/2018).

as pessoas mais velhas começaram a ter na sociedade. Desta forma o envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como o processo de otimização das oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. A ideia é a de que as pessoas compreendam seu potencial para a construção do bem-estar ao longo da vida e participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, oferecendo-lhes esta proteção adequada, segurança e cuidados quando necessitam de assistência. A grandiosidade e a bondade deste pensamento implica na prática otimizar as oportunidades para a saúde física, social e mental e permitir que as pessoas mais velhas tenham um papel ativo na sociedade para que possam desfrutar de uma qualidade de vida mais autônoma e independente possível. A ideia é a de criar uma sociedade intergeracional que satisfaça as necessidades de cada um e de todos, implicando adaptações urgentes nas políticas de família e soluções inovadoras que tenha em conta o ciclo de vida e que promova as pessoas idosas na sociedade.

Num contexto de crise global, de crise de legitimidade e financeira do estado, o investimento nas políticas sociais é posto em causa no que diz respeito à defesa dos direitos dos cidadãos. Atualmente, as políticas centram-se efetivamente nos sujeitos mas enquanto clientes, como consumidor do serviço e não como sujeito de direitos, pessoa idosa. Esta orientação prática faz toda a diferença, quando se fala em otimização do envelhecimento ativo.

Tem sido com este quadro de referência que os profissionais têm tido a responsabilidade de gerir o envelhecimento em contextos de crescentes necessidades, de orçamentos escassos e orientado cada vez mais segundo guidelines para a avaliação da intervenção realizada. Significa uma intervenção que é controlada por orientações das instituições com orçamentos restritos e que se traduz na seletividade de necessidades, não em função das expectativas dos sujeitos mas em função das possibilidades existentes nas organizações. Este procedimento, efetuado para racionar os recursos, potencia o crescimento das desigualdades e põem em causa a justiça social e a coesão social.

Mas o que interessa especialmente refletir, como refere Phillipson (2002: 58), é o aumento das pessoas muito idosas, sobretudo porque são estas que estão mais vulneráveis a problemas sociais e de saúde associados ao risco de pobreza, solidão, isolamento, necessidade de cuidados alargados e diferenciados, questões de discriminação pela idade, questões de violência e de pressão sobre os recursos no que diz respeito à sustentabilidade dos sistemas de proteção social e de saúde.

A questão da dependência funcional e cognitiva está associada ao aumento de doença degenerativas como as demências, Parkinson e outras doenças crónicas e incapacitantes como

osteoporose e artrite, diabetes, doenças cardíacas, doenças oncológicas. A maioria das pessoas idosas vive com o cônjuge e na sua maioria acabam por ficar sós.

As pessoas idosas para além das doenças associadas a dependências, necessitam de uma maior extensão de cuidados pessoais, sociais e de saúde num quadro de diminuição de recursos familiares, cuidadores informais e de recursos financeiros para investir em serviços.

Outra das questões que interessa analisar é a necessidade de apoio ao cuidador informal numa altura de desinvestimento dos recursos formais, como os cuidados continuados, cuidados no domicílio, residenciais e outros recursos. As famílias são as primeiras cuidadoras de idosas e a crescente complexidade dos cuidados requeridos coloca em risco essa prestação.

Nestes últimos anos as políticas têm investido na formação, informação e apoio as famílias cuidadores, contudo a sua extensão é limitada. Os cuidadores são, na sua maioria, os cônjuges e também estas pessoas idosas, ou filhas e filhos, com pouca disponibilidade e em sobrecarga, com trabalho fora e dentro de casa. Os que experienciam estas situações queixam-se da falta de apoio e manifestam a sua incapacidade física e psíquica para continuar a prestar cuidados.

Desde sempre os profissionais foram chamados para a administrar e gerir recursos sociais e para o estabelecimento de relações de ajuda junto das pessoas idosas e ou das famílias de pessoa idosas. A sua atuação insere-se no âmbito das políticas públicas e sociais.

No que diz respeito à política de integração social e de proteção das pessoas idosas, esta tem sido sistematizada nos Planos Nacionais de Ação Inclusão - PNAI. Numa análise mais atenta a este documento, verifica-se que as orientações políticas, relacionadas com a problemática do envelhecimento, estão interligadas com as questões demográficas, com o aumento do número de pessoa idosas na população e conseqüente aumento da dependência, pobreza, isolamento e solidão. A ideia de envelhecimento ativo não está explicitamente incluída nestas medidas de política. Estas integram uma conceção genérica sobre os direitos básicos de cidadania e centram-se fundamentalmente no modo como as pessoas idosas podem ter acesso à satisfação de necessidades básicas como a alimentação, ambiente, mobilidade, e não ao modo como podem exercer a autonomia, liberdade, participação, autodeterminação, princípios inerentes aos direitos humanos.

No âmbito das políticas o processo de envelhecimento é conceptualizado tendo como referência dois polos, o negativo e o positivo, os quais nem sempre se cruzam. Em termos negativos o envelhecimento relaciona-se com problemas de pobreza, exclusão, solidão, isolamento e discriminação pela idade e as políticas orientam-se para atenuar estes problemas em vez de os prevenirem, e em termos positivos articula-se com determinadas atividades que as pessoas idosas podem participar, por serem autónomas em termos funcionais. Nesta

política as pessoas idosas são concebidas como consumidores passivos e não como sujeitos ativos. Apesar desta posição, nestes últimos anos, foi efetuado um investimento na melhoria da qualidade da resposta segundo os princípios da qualidade. Estes requerem por um lado a melhoria da qualidade dos serviços prestados (recursos logísticos e humanos) tendo em conta a satisfação dos “*clientes*”. A finalidade desta ideia é a de humanizar os serviços e promover as pessoas idosas que usufruem dos serviços, contudo estas orientações podem ser questionadas pois ao considerarem a pessoa idosa como cliente dos serviços, podem torná-los meros consumidores passivos dos serviços e não cidadãos ativos.

As instituições de solidariedade, que têm a responsabilidade de promover o envelhecimento ativo, orientam as suas práticas para a satisfação de necessidades humanas fundamentais em função não das expectativas dos clientes mas das possibilidades das instituições (Carvalho, 2010). São escassas as que se preocupam com os sujeitos e orientam a ação para promoverem os direitos humanos e sociais e no sentido de potenciar as capacidades das pessoas idosas.

Apesar do envelhecimento da população portuguesa, a população idosa atual, vive mais tempo e em melhores condições de vida do que no passado. Efetivamente, os desenvolvimentos verificados no âmbito da proteção social e da saúde à população mais idosa, resultante das medidas de política, instrumentos e legislação vieram reforçar a segurança e a saúde dos mais idosos.

De acordo com o trabalho de projeto para a UNECE<sup>24</sup> e de revisão/ avaliação da estratégia de implementação regional (RIS) do Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o envelhecimento (MIPAA) de Março de 2017, Portugal tem vindo a realizar importantes adaptações dos sistemas de pensões às alterações demográficas e aos mercados de trabalho e a criar condições para o envelhecimento ativo e saudável. Portugal tem vindo a abraçar as oportunidades e desafios relacionados com o envelhecimento da população, através de uma maior e melhor cooperação entre o governo e as instituições de solidariedade social.

Os desafios que se colocam a Portugal remetem para reverter o impacto demográfico (apoio à natalidade, conciliação da vida profissional e familiar, melhoria do apoio às situações de envelhecimento e dependência), garantindo a qualidade das políticas e das respostas sociais a todos os cidadãos e a garantia da sua sustentabilidade.

Ainda, enquanto resposta às necessidades decorrentes da transição demográfica e consequente transição epidemiológica que se refletem no aumento das situações de dependência Portugal tem vindo a prosseguir com a adoção de uma política de cuidados de longa duração

---

<sup>24</sup> COMISSÃO ECONÓMICA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EUROPA (UNECE)

concretizada, através da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta prosseguirá a sua expansão com melhorias e aumento da capacidade das respostas existentes, mas também através do desenvolvimento e diversificação de novas respostas, tendo em consideração uma melhor compreensão do fenómeno do envelhecimento e dependência e das necessidades que lhe estão associadas. O desenvolvimento da RNCCI prevê também o alargamento para a área dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, bem como para outras áreas que requerem uma intervenção mais específica, como a demência. Prevê também reforçar a componente de ambulatório da RNCCI, através da implementação no terreno de Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia. Trata-se de uma resposta de proximidade, pelo que a sua implementação deve ter por base um conhecimento do território, as acessibilidades, as questões de ordem económica e preferências de doentes e família.

Considerando que em Portugal, em 2030, a proporção de idosos representará 26% da população, os desafios do envelhecimento exigem esforços concertados entre os diferentes Ministérios, que apontam, segundo as Grande Opções do Plano para 2016-2019<sup>25</sup>, para as seguintes medidas:

- “*Reagir ao desafio demográfico*” através da promoção de uma agenda para a qualidade de vida para todos, onde se destacam:
  - Lançar de programas de cidades vilas amigas dos idosos e dos cidadãos com mobilidade reduzida, em ligação estreita com as autarquias locais;
  - Promover a mobilidade inclusiva para todos os cidadãos;
  - Inserir a população idosa em programas de serviço comunitário com o objetivo de apoiar e auxiliar o ensino de jovens desfavorecidos;
  - Prosseguir com a eliminação de barreiras à mobilidade no espaço público;
  - Promover a qualidade de vida;
  - Uma nova geração de políticas de habitação
- “*Garantir a sustentabilidade da Segurança Social*”;
- “*Promover o emprego, combater a precariedade*”, que inclui o lançamento do Programa “Contrato-Geração”, cruzando as questões da inclusão e dos perfis de participação no emprego com os equilíbrios geracionais e as diferentes fases do ciclo de vida e equilíbrios geracionais no mercado de trabalho;

---

<sup>25</sup> Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março.

- “*Promover a educação de adultos e a formação ao longo da vida*”, que inclui prosseguir com a implementação do Programa Qualifica. Portugal está empenhado em alcançar estes objetivos para construir uma sociedade para todas as idades e manter o bem-estar registado ao longo dos últimos anos.

A configuração contemporânea das políticas sociais direcionadas para a população idosa assume na generalidade das sociedades europeias/avançadas uma natureza de provisão plural, adquirindo neste domínio as organizações do terceiro sector uma particular centralidade, no que concerne à prestação de cuidados. Com efeito, o cuidado aos idosos constitui no presente uma preocupação crescente de política pública, traduzindo em sociedades envelhecidas, como é exemplo a sociedade portuguesa, um recurso cada vez mais frequente de política social.

Apesar das políticas sociais em Portugal terem dado respostas sociais ao aumento do grupo de pessoas idosas, através de programas dirigidos diretamente para as mesmas, e de as pensões de reforma se encontrarem indexadas à inflação, estas medidas vieram permitir a inclusão destes indivíduos na sociedade, mas não podemos deixar de ter em atenção as pessoas idosas mais frágeis em termos de dependência física e económica, nomeadamente as que vivem das pensões sociais mínimas, sendo estas que necessitam de melhores e mais respostas sociais. (Segurança Social, 2011)

Estes problemas inerentes à terceira idade, sempre presentes no nosso quotidiano, devem obrigar o Estado a criar políticas que promovam a sua participação social através de serviços prestadores de cuidados e de redes sociais complementares, permitindo a efetivação das suas necessidades humanas.

# **Capítulo II**

## **Abordagem Metodológica**

---

## *Metodologia de Projeto*

*Quando se começa o processo de investigação, o investigador deve obrigar-se a escolher rapidamente um primeiro fio condutor tão claro quanto possível*

(Quivy e Campenhoudt, 1995, p. 32).

Concluída a parte da revisão teórica, assim como analisados os contributos de diferentes autores na reflexão sobre envelhecimento e cuidados a pessoas idosas, importa de seguida, expor a metodologia e procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho.

*“A Metodologia expressa o conjunto de atividades a desenvolver, ou seja, as associações e os procedimentos que é necessário realizar para alcançar as metas e os objetivos propostos. Não podemos esquecer que o método é o caminho escolhido para a obtenção de um fim. A apresentação da metodologia implica a definição de tarefas, normas e procedimentos para a sua execução. A descrição do processo a utilizar é apresentada identificando todas as etapas que se podem considerar processos autónomos. Para levar a cabo este processo é preciso enumerar e dar a explicação dos diversos passos técnicos que se devem cumprir ou das várias etapas que deve conter o processo técnico.”* (Serrano, 2008:25)

Assim, numa primeira parte, definimos a metodologia seguida, assim como as diferentes fases subjacentes (diagnóstico, planificação, execução e avaliação).<sup>26</sup> Numa segunda parte, identificamos os métodos e técnicas, usados na recolha de dados. Numa terceira parte, caracterizamos a população alvo do estudo e, por último, explicamos o processo utilizado no momento da análise e tratamento de dados.

Esta metodologia foi eleita com o objetivo primordial de refletir sobre as necessidades institucionais observáveis, desenvolvendo-as e melhorando-as, potenciando o desenvolvimento profissional de todos os atores sociais envolvidos e a construção conjunta de respostas e/ou soluções. Considera-se, assim, que o contributo desta metodologia é necessária para uma reflexão sistemática sobre as práticas, com o objetivo de a transformar e melhorar, sendo um desafio que se impõe a todos os atores empenhados e envolvidos na intervenção social.

Os projetos sociais vão encaminhar-se para a resolução de problemas, com o propósito de procurar satisfazer as necessidades básicas do sujeito, surgindo como *“consequência do desejo de melhorar a realidade onde estamos inseridos”* (Serrano, 2008, p.16).

---

<sup>26</sup>SERRANO, Gloria Pérez (2008). *Elaboração de Projetos Sociais. Casos Práticos*. Coleção Educação e Trabalho Social, nº7. Porto: Porto Editora.

Quando estamos apostados em realizar um diagnóstico social interessa mobilizar várias técnicas de investigação que permitam uma recolha de informação de forma aprofundada e que seja capaz de nos levar a apreender a complexidade de fatores que estão na origem dos problemas identificados.

Destaque-se que, em termos metodológicos, recorreremos a observação participante, análise documental de alguns documentos da instituição (regulamento interno, manual de acolhimento do residente, plano anual das atividades, entre outros.).

Face ao descrito, optámos por uma investigação qualitativa, de cariz participante, descritiva e empírica porque *“o principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador e os principais procedimentos são a presença prolongada no contexto social em estudo e o contacto direto, em primeira mão, com as pessoas, as situações e os acontecimentos”* (Firmino da Costa, 1986, p. 137).

Neste trabalho de projeto, a observação participante e as notas de campo foram fundamentais para a recolha de informação. Como nos dizem Bogdan & Biklen (2003: 110-111) *“depois de regressar de cada observação, entrevista ou outra sessão de recolha de dados, o investigador escreve, preferencialmente num computador, o que aconteceu. Procede a uma descrição das pessoas, objetos, lugares, eventos, atividades e conversas. Adicionalmente, o investigador registará ideias, estratégias, reflexões e palpites assim como padrões que emergem. Estas são as notas de campo – o registo escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflexão dos dados num estudo qualitativo. (...) Em estudos que recorrem à observação participante todos os dados recolhidos são considerados como notas de campo; este termo refere-se coletivamente a todos os dados recolhidos no decurso de um estudo deste tipo, incluindo notas de campo, transcrições de entrevista, documentos oficiais, estatísticas oficiais, imagens e outro material. Aqui usamos este termo em sentido estrito”* (...) *“as notas de campo fornecem a qualquer estudo uma marca pessoal que ajuda o investigador a manter o controlo relativamente ao desenvolvimento do projeto, a visualizar como a recolha de dados foi afetada pelos dados recolhidos e para manter-se alerta sobre como pode ter sido ele próprio influenciado pelos dados”*.

Consideramos crucial ainda para a elaboração deste capítulo os contributos de Serrano (2008), nomeadamente na construção das diferentes fases na construção de projetos de intervenção social. De acordo com a mesma autora, a metodologia desempenha um papel essencial em projetos sociais, visto que, de forma a alcançar os resultados finais de um projeto, é necessário descobrir o modo adequado de se trabalhar para atingir os mesmos.

Tal como já ficou expresso, a metodologia tem um papel fundamental no que diz respeito à elaboração de qualquer projeto social, proporcionando todos os instrumentos técnicos que podem transformar a realidade social sobre a qual queremos atuar e gerar mudança. A metodologia de elaboração do projeto deve garantir que o processo é participativo e baseado no método científico. A ausência de uma metodologia integrada, científica e participativa conduz a níveis consideráveis de ineficácia, conduzindo a resultados negativos para os beneficiários. Assim, para elaborar projetos de carácter social é preciso considerar as seguintes fases (Serrano, 2008:25).

#### Fases na elaboração de Projetos Sociais

<b>Diagnóstico</b>	Detetar necessidades Estabelecer prioridades Fundamentar o projeto Delimitar o problema Localizar o projeto Rever a bibliografia Rever a população Rever os recursos
<b>Planificação</b>	Objetivos gerais e específicos Metodologia: atividades, técnicas e instrumentos, definição da população, identificação da amostra, recolha e análise de dados Calendarização Recursos: humanos, materiais e financeiros
<b>Aplicação/ Execução</b>	Desenvolvimento do projeto Acompanhamento do projeto Controlo do projeto
<b>Avaliação</b>	Avaliação do diagnóstico Avaliação do processo Avaliação final

Quadro n.º 1: Processo Metodológico do Projeto -Adaptado de Serrano, 2008, pág. 26

Seguindo estes pressupostos, partir-se-á de um estudo de tipo observacional em que, após a identificação e formulação de problemas, cujo diagnóstico será feito através de uma análise SWOT<sup>27</sup>, se procederá à pesquisa e produção, que conduzirá à apresentação, globalização e avaliação final do produto.

<sup>27</sup> O termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras “Strengths” (pontos fortes), “Weaknesses” (pontos fracos), “Opportunities” (oportunidades) e “Threats” (ameaças) ou em português, FOFA (**Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças**). Esta análise é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para um desenvolvimento. Permite efetuar uma síntese das análises internas e externas; Identificar elementos chave para a gestão da empresa, o que implica estabelecer prioridades de atuação; Preparar opções estratégicas; Riscos/Problemas a resolver. Fortalece os pontos positivos, indica quais os pontos devem melhorar, mostra as chances de crescimento, aumentando as oportunidades e deixa em alerta diante de riscos. A análise SWOT. [Online] [Cited: Fevereiro 19, 2018.].

Para recolha de informação serão utilizadas como técnicas de pesquisa observação participante e não participante. A análise dos dados permitir-nos-á construir as considerações finais, com as quais se pretenderá uma reflexão crítica sobre a problemática enunciada.

A primeira fase deste projeto, referente à elaboração do diagnóstico, permitiu a análise contextual (social, económica, cultural) da população utilizadora dos serviços da instituição por um lado e, por outro, dos principais cuidadores, permitiu perceber quais as expectativas dos idosos, identificar alguns constrangimentos que se colocam na promoção dos cuidados junto da população idosa, mas também permitiu identificar as potencialidades e mecanismos de mudança, a partir dos quais se conseguiram definir áreas prioritárias de intervenção.

Na segunda fase, relativa à planificação, implica saber qual o ponto de partida, com que recursos se podem contar e que procedimentos se vai utilizar para alcançar as metas, mediante a realização de atividades que se desenvolvam em função de objetivos. Relativamente aos objetivos, estes são os propósitos que pretendemos alcançar com a execução de uma ação planificada.

No que toca à metodologia, a apresentação da mesma implica a definição de tarefas, de normas e de procedimentos para a sua execução. A filosofia que deve presidir à metodologia de um projeto é o princípio da complementaridade metodológica. O processo metodológico é complexo e exige que se preste atenção às atividades, à especificação das técnicas e instrumentos, à definição da população, à identificação da amostra, à recolha de dados e à análise dos dados.

Uma vez explicitado de que forma devemos conduzir a elaboração e execução do projeto social, é importante referir que qualquer projeto conduz a justificações que o fundamentam e lhe conferem a sua legitimidade. Estas justificações mais ou menos clarificadas devem ser analisadas e relacionadas duplamente: o registo dos fins e objetivos delineados devem coincidir com a situação analisada, de forma a retirar linhas de coerência e mesmo de incoerência; o registo da história pessoal, por forma a permitir que seja percecionado o que está implícito, revelando os desejos inerentes ao desenvolvimento da ação.

Assim, os motivos evocados para elaboração do projeto, que neste caso em concreto se prendem com a identificação profissional com a temática em estudo e com o facto de ser residente na localidade em que a ação terá lugar, têm como função fornecer uma dupla fundamentação, intelectual e afetiva ao projeto. A apreensão destes motivos deve conduzir o agente executor do projeto à interrogação, lançando-o em busca de uma perceção verdadeiramente empírica da realidade em estudo.

Relativamente às técnicas e aos instrumentos, dizem respeito ao modo ou forma de agir para alcançar uma determinada meta. É importante salientar que nem todas as técnicas servem para todos os objetivos, nem todas as técnicas se podem utilizar em todos os sítios e as técnicas são só um meio, nunca um fim em si mesma.

*Os métodos e técnicas* que estão na base da presente investigação são, essencialmente, de natureza qualitativa, pois o estudo consiste em identificar as perceções do investigador sobre o fenómeno em estudo, através do contacto com os mesmos e utilizando técnicas de recolha de dados que possibilitem que o indivíduo se exprima de forma mais livre, recolhendo não apenas as suas opiniões, mas as suas expressões e hesitações, sendo esta possibilidade bastante importante no plano social. Contudo, a abordagem quantitativa foi, igualmente, importante, particularmente, na análise estatística de dados sociodemográficos.

O investigador desenvolve conceitos e chega à compreensão dos fenómenos a partir de padrões resultantes da recolha de dados. É uma investigação que produz dados descritivos a partir de documentos diversos e da observação. O investigador tenta compreender os sujeitos de investigação a partir dos quadros de referência, dos significados que atribuem aos acontecimentos, às palavras, aos objetos. Requer que o investigador tenha grande sensibilidade em relação ao contexto onde está a realizar a investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003)<sup>28</sup>.

Vilelas (2009) descreve a investigação qualitativa como “*uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem*”.

A tarefa de ser cuidador de idosos, é uma área que levanta questões que vão desde a motivação para o desempenho da profissão até à possível identificação com o idoso e mesmo em perspetivar o seu próprio futuro como idoso a necessitar de cuidados. Assim, uma investigação qualitativa, em que a realidade social está envolvida, assume-se como a mais correta e viável para recolher e analisar as experiências de vida dos sujeitos presentes na investigação, o que não seria possível na mesma proporção optando por uma investigação quantitativa.

A inexistência de hipóteses no estudo, a escolha da observação e análise documental para técnica de recolha de dados e o modo de tratamento dos dados recolhidos reforça a escolha desta opção metodológica, pois não se pretende quantificar os dados mas sim analisá-los, tendo por base a interpretação de atitudes, valores e opiniões dos sujeitos.

---

<sup>28</sup> Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Gradiva.

O uso da informação disponível, qualquer que seja o seu carácter documental, é indispensável quando estamos a fazer investigação social (Moreira, 2007:153). Desta forma, é possível afirmar que existem técnicas de pesquisa documentais e não documentais. As primeiras caracterizam-se por ser documentos escritos ou não escritos que nos servem de apoio à recolha de informação sobre os fenómenos sociais, quer sejam estes qualitativos ou quantitativos. Compreendem arquivos, imprensa, filmes, fotografia, estatísticas, correspondência, entre outros. Por seu turno, as técnicas não documentais consistem, maioritariamente, na observação participante e não participante.

Especificamente para esta pesquisa foram utilizadas fontes documentais como estatísticas, artigos científicos, obras temáticas e trabalhos de âmbito académico. Em conjunto, estes meios serviram para fundamentar teoricamente a questão do envelhecimento e a importância de se desenvolverem cuidados que promovam condições efetivas de bem-estar.

Ao longo deste projeto, recorreu-se a determinadas técnicas de recolha de dados. Algumas foram utilizadas de forma recorrente, outras, porém, foram usadas pontualmente, em casos particulares.

Coutinho et al (2009)<sup>29</sup>, reporta diferentes técnicas: *Técnicas baseadas na observação (observação participante, notas de campo, diário de bordo, memorandos); Técnicas baseadas na conversação (questionário, entrevista, focus groups) e Análise de documentos (oficiais - artigos de jornais e revistas, registos de organismos públicos, legislação, horários, atas de reuniões, planificações, registos de avaliação, ofícios, manuais, fichas de trabalho, enunciados; pessoais - histórias de vida).*

Quivy & Campenhoudt utilizam o termo “*recolha de dados preexistentes*”, onde se pode enquadrar a Análise Documental. Os autores indicam que o investigador pode recolher dados para estudá-los por si próprios ou para encontrar informações úteis para estudar outros objetos. Estes documentos podem ser manuscritos, impressos ou audiovisuais, oficiais ou públicos, privados ou de algum organismo, contendo texto ou números. Para além dos documentos escritos, esta técnica é também aplicada sobre imagens (fotografias, pinturas, mapas, artefactos), sobre áudio (músicas) e sobre documentos audiovisuais (vídeos). Com as tecnologias da informação e comunicação cada vez mais difundida na sociedade atual, os conteúdos digitais também são documentos utilizados pelos investigadores.

A recolha de dados no presente estudo foi exclusivamente feita pelo investigador e em contexto institucional, baseando-se fundamentalmente: nas observações diretas registadas em

---

<sup>29</sup> Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). *Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Revista Psicologia, Educação e Cultura.

notas de campo/diário de bordo e na reunião de documentos diversos (pessoais, oficiais, públicos). Segundo Ludke e André (1986)<sup>30</sup> a observação é um dos instrumentos básicos para a recolha de dados na investigação qualitativa. Na verdade, é uma técnica de recolha de dados, utilizando os sentidos, de forma a obter informação de determinados aspetos da realidade. Através da observação, o investigador conseguiu aceder a informações obtidas pela observação de comportamentos, atitudes e ações espontâneos (decorrentes de conversas informais, diários de bordo, notas e registos, contatos e todas as relações sociais diárias vividas) entre os diversos atores sociais.

Neste campo, este trabalho centrou-se na organização de informação disponibilizada sobre indicadores sociais, dados demográficos, dados censitários, documentos vários (documentos internos, registo de entradas e saídas de pessoas por resposta social, trabalho de projetos anuais de atividades, carta social, diagnóstico da rede social concelhia) que permitiram caracterizar a instituição e a freguesia que envolve o contexto onde se localiza a instituição.

Recorreu-se, cumulativamente, à análise documental dos processos individuais (utilizadores dos serviços e dos colaboradores da Instituição), entre outros registos, o que permitiu caracterizar igualmente a população institucionalizada, assim como respetivos cuidadores formais (colaboradores) e informais (significativos).

A calendarização apresenta a sucessão das etapas da investigação e o modo como se coordenam e complementam e tem como objetivo o estabelecimento das diferentes etapas do projeto e indicação das datas das atividades.

#### *O tratamento da informação recolhida*

Bardin (2004)<sup>31</sup> designa a *análise de conteúdo* como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos tendo definido seis tipos de análise de conteúdo: análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise da expressão, análise das relações (distinguindo ainda a análise da coocorrência da análise estrutural), e a análise automática do discurso. Quanto ao primeiro tipo – a análise categorial, esta relaciona-se com a divisão do texto em unidades, em categorias cujo objetivo é calcular e comparar as frequências de certas características do discurso após organizado. Já a análise de avaliação remete o objetivo de medir atitudes manifestadas através de opiniões que demonstram juízos

---

<sup>30</sup> LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU

<sup>31</sup> Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.

de valor, estudando a base dessas atitudes e o seu respetivo nível de convicção (ou intensidades) que se identifica pelas manifestações verbais. A dinâmica subjacente ao desenvolvimento do discurso, as sequências, as repetições, as quebras de ritmo, entre outros aspetos como elementos chave são os pressupostos de uma análise da enunciação. Quando procedemos a uma análise da expressão, damos atenção ao vocabulário utilizado, ao tamanho das frases, à ordem das palavras, às hesitações (entre outros elementos) analisando-os de forma a compreender o estado de espírito do sujeito assim como as suas tendências ideológicas. Na análise das relações, Bardin (2009) diferencia dois tipos de análises. A primeira – análise da coocorrência estuda as associações de temas nas sequências da comunicação, partindo do princípio que as coocorrências entre temas possibilitam a compreensão das estruturas mentais e ideológicas do sujeito e as suas preocupações latentes. Já no segundo tipo de análise – a análise estrutural, o foco dá-se nos princípios que organizam os elementos do discurso, os sistemas de relações, os esquemas diretores e as regras de encadeamento. Por fim, o último tipo de análise dá pelo nome de análise automática do discurso e o seu objetivo é tentar estabelecer relações entre a mensagem dada e a situação que o participante do estudo vivencia. Deste modo, remetendo para o caso particular desta investigação, a análise de conteúdo efetuada é de natureza qualitativa e o seu tipo é análise da expressão.

Wolcott (citado por Vale, 2004)<sup>32</sup> revela três momentos fundamentais durante a fase de análise de dados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde à escrita de textos resultantes dos dados originais registados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspetos essenciais e identificar fatores chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e relações a partir dos dados obtidos.

Tomando como referência os três momentos referidos por Wolcott e, adequando-os ao presente estudo de investigação, pode-se referir que a descrição corresponde a todos os dados sociodemográficos que permitiram caracterizar a população idosa. Através da análise dos processos individuais, registo de entradas e saídas de pessoas por resposta social, conseguiram-se dados referentes às variáveis de caracterização sócio familiar, história de vida e genograma (sexo, idade, estado civil, profissão, religião, rede familiar de suporte, residência, profissão). Assim como documentos diversos elaborados no âmbito do diagnóstico

---

<sup>32</sup> Vale, I. (2004). *Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática, O Estudo de Caso*. Revista da Escola Superior de Educação, vol.5. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, 171-202.

da rede social concelhia, da carta social, trabalho de projetos de atividade e planos de atividade da instituição.

Relativamente aos cuidadores foram também analisados os processos individuais (textos resultantes das observações das atitudes e reações dos diversos atores sociais durante a prestação de cuidados).

Na análise dos dados, propriamente dita, o investigador teve o cuidado de ler mais do que uma vez todos os documentos obtidos, nomeadamente as notas de campo e fazer a transcrição de todos os registos, para ter assim uma visão completa e abrangente sobre o assunto.

O material recolhido ao longo da investigação (notas de campo, documentos, registos) foi organizado num “dossier” que foi submetido a uma análise pormenorizada e indutiva e transcrito para formato digital.

No início do estudo, começou-se por analisar o conteúdo inerente aos dados de caracterização das pessoas idosas, com o objetivo de caracterizar e melhor conhecer o grupo ao nível da sua idade, escolaridade, necessidades e características pessoais e familiares.

Depois, foi elaborado um resumo das notas de campo, tentando estruturar de forma coerente as atitudes e reações dos idosos perante a satisfação das necessidades e cuidados diários, bem como as principais dificuldades sentidas. Foram também transcritos e analisados os documentos reunidos (histórias de vida, relatos de cuidados e/ou ocorrências, avaliação dos serviços/cuidadores pelas pessoas idosas e familiares, níveis de satisfação).

Por fim, observou-se toda a informação compactada, elaboraram-se sínteses da informação que foi sendo analisada, estabelecendo assim, conclusões fundamentadas em forma de narrativa que pretende ser compreensível e esclarecedora para o leitor.

Na fase de execução, ainda seguindo a linha de pensamento de Serrano, conduz-nos à aplicação prática do projeto, perspetivando ainda o seu acompanhamento, desenvolvimento e controlo. Apesar de se revestir da fase fundamental do projeto, neste trabalho não foi possível a sua execução, atendendo à desvinculação súbita com a instituição. Contudo, porque cremos da sua replicabilidade a outras instituições similares, acreditamos que noutros projetos existirão condições para a sua aplicabilidade, acompanhamento e desenvolvimento.

Por fim, a avaliação subjacente a qualquer projeto de intervenção, pressupõe monitorização da sua operacionalização, para que permita aferir se os resultados se encontram consonantes com os objetivos, se se verificam desvios e é necessário corrigi-los e qual a eficácia do projeto.

A relação entre o planeamento e a avaliação é muito estreita. Tudo o que foi planeado (atividades, calendarização, recursos, entre outros) é objeto de avaliação.

Uma avaliação terá pouco valor se as suas conclusões, lições e recomendações não forem devidamente compreendidas pelos utilizadores e outras partes interessadas.

Tal como qualquer outra estratégia de comunicação bem sucedida, a divulgação dos resultados da avaliação deve ser sempre adaptada às necessidades e interesses da sua audiência. É importante não esquecer que uma boa estratégia de divulgação tende a aumentar a utilidade geral da avaliação.

Este trabalho de projeto assume-se verdadeiramente como um veículo de “aprendizagem social” e “inovação” numa conceção mais ampla de avaliação, podendo potenciar tantas outras dimensões, entre as quais destacamos a mudança organizacional e cultural dos atores envolvidos na execução do projeto; o apoio à reflexão, a gestão estratégica e reorientação do programa e a aprendizagem e empowerment dos atores envolvidos.

# **CAPÍTULO III**

## **Enquadramento do contexto institucional**

---

A Instituição em análise é tutelada pelo Estado através da Segurança Social/ISS<sup>33</sup>, mantendo o seu estatuto empresarial privado. Neste contexto, as IPSS<sup>34</sup> têm um papel primordial na colmatação da insuficiência de respostas por parte do Estado, relativamente a respostas que proporcionem serviços de carácter social de proximidade aos grupos da população mais carenciados.

De forma a alcançar os seus objetivos e desenvolver as atividades a que se propõem, tendo em conta os diferentes regimes jurídicos, mediante a sua constituição, todas as IPSS encontram-se abrangidas por acordos de cooperação entre as IPSS e o Instituto de Segurança Social, I.P. que garantam a concessão direta de prestações em equipamentos e serviços à população.

### *1. Breve Caraterização do contexto onde a instituição se insere*

Estarreja é uma Cidade portuguesa, localizada no Distrito de Aveiro, na Região Centro e sub-região do Baixo Vouga, com cerca de 7 500 habitantes. É sede de um município com 108,17 km<sup>2</sup> de área, 26 997 habitantes (2011) e densidade populacional de 249,58 habitantes/km<sup>2</sup>, estando subdividido em 5 freguesias.

O concelho de Estarreja encontra-se situado na Região Centro do país, na Beira Litoral; constitui parte integrante da Sub-região do Baixo Vouga, localizando-se na zona NW da NUT II – Região Centro, que é constituída por 12 concelhos.

Estarreja integra um dos 19 concelhos que pertencem ao Distrito de Aveiro, estando enquadrado pelos concelhos de Ovar (Norte-Noroeste), Aveiro (Sul), Murtosa (Oeste), Oliveira de Azeméis (Nordeste) e Albergaria-a-Velha (Este-Sudeste).

---

<sup>33</sup> O Instituto da Solidariedade e Segurança Social, I.P. é, de acordo com a Constituição da República Portuguesa e com a Lei n.º 3/2004 definido pelo Governo da seguinte forma: *Natureza: “1 – O Instituto da Segurança Social, I.P., abreviadamente designado por ISS, I.P., é um instituto público de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio. O ISS, I.P., prossegue atribuições do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (MSSS), sob superintendência e tutela do respetivo ministro.” O ISS, I.P., dispõe de dezoito serviços descentralizados a nível distrital, designados centros distritais.*

<sup>34</sup> As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) foram aprovadas pelo Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro, o qual define as mesmas como sendo apenas “*as constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços: a) Apoio a crianças e jovens; b) Apoio à família; c) Apoio à integração social e comunitária; d) Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; e) Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; f) Educação e formação profissional dos cidadãos; g) Resolução dos problemas habituais das populações*”.

Estarreja insere-se, ainda, na Área Territorial da Ria de Aveiro (fundamentalmente através de duas freguesias) conjuntamente com os municípios vizinhos de Ovar, Murtosa e Aveiro, bem como, Ílhavo, Vagos e Mira (já no Distrito de Coimbra), perfazendo uma extensão aproximada de 45 km e ocupando uma área líquida de 5000 hectares.

Atualmente, a atividade económica predominante é a indústria transformadora, que representa 60% do volume de negócios do concelho. Este desenvolvimento industrial deve-se, sobretudo, aos investimentos realizados ao longo dos últimos anos no Pólo químico – Quimiparque e no Eco-Parque Empresarial de Estarreja.

Com uma área aproximada de 108 Km<sup>2</sup>, e uma população de 28182 habitantes, Estarreja divide-se administrativamente em sete freguesias: Avanca e Pardilhó (Norte), Beduido/Veiros e Salreu (Centro), Canelas e Fermelã (Sul).

Com 7794 residentes, o contexto onde a instituição se insere é onde reside maior número de habitantes (385,8 habitantes/km<sup>2</sup>),<sup>35</sup> também onde residem mais mulheres (4042) do que homens (3752), conduzindo a uma relação de masculinidade na ordem dos 92,8 homens por cada 100 mulheres. A pirâmide etária nesse contexto, em forma de urna, revela estar-se perante uma população com tendência para o envelhecimento em consonância com os dados do restante país.

Em 2001 o índice de envelhecimento do contexto em que se insere a instituição fixava-se nos 100,9, o índice de dependência de idosos nos 25,4 e o índice de dependência total nos 50,6 valores, todos eles, inferiores aos registados em 2016 (157,6; 31,6 e 51,7 respetivamente).

Dados recolhidos a partir do diagnóstico social<sup>36</sup> permitem-nos confirmar que o envelhecimento da população é uma das problemáticas sobre as quais incide o plano estratégico municipal.

Ao nível dos recursos e respostas existentes, designadamente na área da terceira idade, podemos constatar que o concelho apresenta um elevado número de instituições com respostas ajustadas e específicas para a população idosa.

## *2. A Instituição em análise*

A Instituição sobre a qual incide o presente trabalho de projeto, foi instituída para acolher e permitir a concretização do sonho do seu defensor, o qual reuniu um grupo de pessoas

---

<sup>35</sup> Pordata, consulta 15 Janeiro de 2018

<sup>36</sup> Rede Social de Estarreja (programa criado pela resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de Novembro com o objetivo do reconhecimento das redes sociais locais na congregação de esforços para a resolução de problemas sociais, fomentando uma atuação integrada e próxima)

(mecenas) e a quem revelou a sua vontade, de cariz social, para o apoio aos mais desfavorecidos e que para a materializar precisava da ajuda de todos. Posteriormente e em sua memória, o referido grupo de pessoas constituiu-se como grupo fundador da Instituição.

Atualmente, a Instituição é uma I.P.S.S., porque assim registada no Livro das Fundações de Solidariedade Social, conforme publicação em Diário da República III série e de Utilidade Pública. Encontra-se instalada em dois edifícios contíguos, construídos ao abrigo de financiamento europeu.

### *2.1. Respostas Sociais*

A abertura ao público concretizou-se com o início o funcionamento da Creche<sup>37</sup>, com capacidade para apenas crianças entre os 3 e os 36 meses de idade. Seguiu-se a abertura do Lar de Idosos/ERPI<sup>38</sup>, com uma capacidade máxima de 45 idosos. No ano seguinte entrou em atividade o Centro de Dia<sup>39</sup> (podendo na sua capacidade abranger 30 idosos) e por fim, iniciou o Serviço de Apoio domiciliário<sup>40</sup>, com uma capacidade de abrangência no total de 40 pessoas.

Com as alterações decorrentes do funcionamento das IPSS<sup>41</sup>, após aprovação de alteração pelo respetivo CDSS (centro distrital de segurança social) de Aveiro, a instituição conseguiu alargar a capacidade da creche para mais 7 crianças e a ERPI em mais 2 idosos.

Atualmente, acolhe 40 crianças na Creche, tem a ERPI com a sua capacidade máxima esgotada (47 idosos incluindo 9 situações de emergência social) e acompanha 12 idosos no seu Centro de Dia. Os cuidados prestados ao nível do Apoio Domiciliário abrangem um total de 22 famílias.

---

<sup>37</sup> Equipamento de natureza socioeducativa, vocacionado para o apoio à família e à criança, destinado a acolher crianças até aos 3 anos de idade, durante o período correspondente ao impedimento dos pais ou de quem exerça as responsabilidades parentais. *Portaria n.º 262/2011 de 31 de Agosto MSSS*

<sup>38</sup> Quando a institucionalização é inevitável, a Instituição dispõe da Estrutura Residencial para Idosos que se traduz em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. *Portaria n.º 67/2012 de 21 de março MSSS*

<sup>39</sup> Igualmente com a finalidade de retardar a institucionalização, a valência de centro de dia pretende satisfazer as necessidades básicas dos utentes, prestar apoio psicossocial e fomentar as relações interpessoais entre os idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento e promover a interação meio social e familiar. *Guião Técnico da Ex-DGAS*

<sup>40</sup> Visa retardar ou evitar a institucionalização e, para isso, presta cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias. Consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de deficiência, doença ou outro impedimento, não possam garantir permanentemente ou temporariamente, a satisfação das necessidades básicas e das atividades da vida diária. *Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro*

<sup>41</sup> Lei n.º 76/2015, de 28 de julho, Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, e Decretos lei n.º 67/2012 de 21 de março de erpi; e n.º 262/2011 de 31 de agosto relativo à creche

No conjunto das suas respostas, é uma ipss que atualmente apoia mais de uma centena de pessoa idosas/famílias e contribui para economia local com 50 postos de trabalho.

### *2.2.Missão, visão e valores*

---

Tem como Missão *Contribuir para o bem-estar das pessoas idosas e da população através de serviços prestados com excelência e qualidade, promovendo a integridade social através da educação, do desenvolvimento contínuo e melhoria da qualidade de vida da criança, dos idosos e das famílias em geral.* Define como valores internos: *Qualidade, Justiça e Equidade, Eficácia, Eficiência, Inovação* e como valores externos: *Utilidade, Cidadania, Exemplo de Boas Práticas e Responsabilidade Social.* Assenta na Visão de *Ser uma Instituição de referência, reconhecida e certificada pela qualidade dos seus serviços, baseada no trabalho de equipa e numa gestão sustentável, orientada para a Inclusão Social consolidando as respostas sociais, atuando de uma forma proactiva às necessidades emergentes da comunidade.*

### *2.3.Estrutura Orgânica*

---

A Instituição em análise possui uma estrutura organizacional constituída por diferentes níveis de poder de decisão e de responsabilidade.

A organização é constituída, segundo os seus Estatutos, pelo Conselho Geral; o Conselho de Administração e Conselho Fiscal.

O Conselho Geral, constituído por três membros, obrigatoriamente voluntários, é o órgão com maior poder de decisão e responsabilidade. Situando-se no topo da hierarquia, todos os restantes órgãos e colaboradores lhe devem obediência.

O Conselho Fiscal, composto de igual forma por três membros e obrigatoriamente voluntários, situa-se abaixo do Conselho Geral e numa posição superior a todos os restantes colaboradores. Compete a este órgão, analisar e dar parecer sobre aspetos relacionados com movimentos financeiros da Instituição.

O Conselho de Administração, composto por cinco elementos, tem poder de decisão e autoridade sobre a dinâmica de toda a instituição, por voto, tendo o presidente voto de qualidade.

A Direção Técnica é composta por um Diretor de Serviços/ Técnico, responsável por todos os departamentos existentes.

Relativamente aos serviços, o departamento de saúde, o serviço de coordenação pedagógica (infância) e de Animação Sociocultural, situam-se no mesmo nível hierárquico, são constituídos por três Enfermeiros, duas Educadoras e um Animador sociocultural, respetivamente. Recebem orientações dos seus superiores, não tendo outros profissionais dos quais sejam responsáveis para dar instruções aos colaboradores no que concerne a assuntos relacionados com a sua área profissional.

Os Serviços Administrativos são compostos por dois escriturários, um dos quais chefe, responsável pela organização da contabilidade e outro pela gestão de compras e stocks. Recebem orientações da Direção Técnica e da Administração.

No nível mais baixo encontram-se as categorias profissionais de Ajudante de Ação Direta, Ajudante de Cozinha, Cozinheiro, Auxiliar de Ação Educativa e Trabalhador Auxiliar de serviços gerais. Têm como superiores hierárquicos a Direção Técnica e, conseqüentemente, a Administração da Instituição.

Apesar da diversidade de órgãos dirigentes e categorias profissionais distribuídos por diferentes níveis hierárquicos, existe aparentemente uma linha simples de autoridade/responsabilidade relativamente ao planeamento e controlo na Instituição.

#### *2.4. Recursos humanos e sua gestão*

Relativamente ao quadro de pessoal das IPSS, a Segurança Social, através da publicação de guiões técnicos para cada resposta social, estipula as normas que regulamentam o número de recursos humanos que devem ser afetos, apesar de não contemplarem folgas, dias obrigatórios de descanso, entre outros critérios, cruciais para definição do quadro de pessoal e elaboração dos horários. Pelo exposto, este referencial, seguido à risca pelas instituições, não se ajusta sequer às necessidades, critérios e exigências das instituições em termos de rácio de pessoal, ou sequer vai de encontro aos normativos legais.

Na tabela 1, encontra-se exemplificada por tipologia de resposta social, as referências legais, os quadros de pessoal, com a descrição que funções por categoria profissional que constam na convenção coletiva de trabalho (CCT), em contraposição com os recursos humanos disponíveis para cada uma das respostas que a Instituição promove.

Da análise dos quadros de pessoal definidos pela Segurança Social e das categorias e respetivas funções da Convenção Coletiva de Trabalho das IPSS, verifica-se que os recursos humanos previstos não estão em concordância com os efetivamente necessários para suprir as próprias exigências legais (descanso e folgas), pressupondo mais recursos para permitir a

rotatividade. Por sua vez, os recursos previstos em matéria de legislação, não correspondem às necessidades com que as instituições se confrontam, quer em matéria da necessidade de recursos perante a crescente dependência dos residentes (exemplo, duas auxiliares para apoiarem o levante por cada residente), quer em termos de especialização dos próprios recursos (capacidade de lidar com problemáticas cada vez mais desafiantes à intervenção e às dinâmicas diárias, exemplo, demências). Por sua vez, a categoria e funções inerentes nem sempre se ajustam ao que se encontra legislado em matéria da CCT para IPSS's. A função de direção técnica (exigido legalmente e definido na celebração dos acordos com a segurança social) não se configura no âmbito das funções previstas pela tutela, sendo essa categoria atribuída legalmente a outra função, nomeadamente a de diretor de farmácia.

É essencial analisar a questão dos recursos humanos das IPSS tendo em conta que estes, alinhados com a Administração e direção, são parte fulcral para a instituição atingir os objetivos a que se propõe. Sendo este aspeto crucial nas diretrizes da qualidade de uma instituição, importará perceber se, afinal, a legislação e a entidade de tutela (MSSS) se encontram alinhados.

A Instituição em referência conta com um Diretor de Serviços/Técnico, que acumula funções de Técnico Superior de Serviço Social, sendo ele o responsável pelo funcionamento dos serviços e pelo cumprimento das normas dos regulamentos e das diretivas e instruções da Administração. Compete-lhe dirigir, coordenar e orientar os serviços e zelar pelo seu bom e eficiente funcionamento.

Para prestar cuidados de saúde aos utentes, a Instituição dispõe de três Enfermeiros que acompanham os utentes nas visitas médicas, preparam e administram a medicação, mantêm os processos de saúde atualizados e colaboram no preenchimento dos restantes processos dos utentes. Ainda no que diz respeito à área da saúde, sempre que possível, os enfermeiros colaboram na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos utentes, bem como na prevenção da incapacidade, cooperam no diagnóstico de saúde mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas. O médico visita a instituição duas vezes por semana e, em casos de agudização ou períodos de surto, visita sempre que considere necessário.

A animação sociocultural é executada apenas por um técnico que realiza atividades diversificadas com todos os utentes, participa e apoia os utentes na integração, promove a motivação e bem-estar e promove passeios com outras instituições e com a comunidade geral. Existem ainda duas educadoras de infância de apoio à creche e que, em conjunto, coordenam e definem as atividades pedagógicas anuais.

A categoria de Chefe de escritório é preenchida também apenas por duas pessoas, sendo que esta faz a gestão administrativa e financeira da Instituição, controle de entradas e saídas do caixa, apoio administrativo e logístico a todas as valências.

Dos restantes colaboradores, cinco preenchem a categoria de Ajudante de ação direta e de ação educativa, responsáveis por cuidar direta e diariamente dos utentes, tendo em atenção a higiene e conforto, a alimentação, saúde dos mesmos, prestar todo o apoio necessário à realização das atividades de vida diária e zelar pelo bom estado de higiene das instalações da Instituição. Cinco são trabalhadores auxiliares, garantem o estado de salubridade e arrumação das instalações, bem como da roupa de serviço e dos utentes, transportam a alimentação, roupa e outros bens e colaboram com os restantes colaboradores nos serviços prestados aos utentes. Destes trabalhadores, um é motorista e outro é encarregado geral afeto à manutenção de espaços e equipamentos, inclusive do sistema AVAC<sup>42</sup>.

Na área da alimentação existem quatro colaboradores, um com a categoria de Cozinheiro e os demais como ajudantes de cozinha que preparam e confeccionam os alimentos, orientam o ajudante de cozinha nas suas tarefas, cumprem e fazem cumprir as regras de HACCP zelam pela limpeza e organização da cozinha.

Caraterizando os recursos humanos da Instituição, no seu quadro de pessoal, apresenta 50 colaboradores, sendo 2 (dois) do sexo masculino e 48 (dezassex) do sexo feminino.

Quanto à idade, a distribuição por grupos etários dos colaboradores da Instituição situa-se entre os 25-30 e os 55-60.

A antiguidade dos colaboradores situa-se maioritariamente nos 5 anos, dada a recente abertura da instituição.

A nível de escolaridade, excetuando-se os quadros técnicos detentores de ensino superior (oito), os restantes colaboradores possuem entre o 9º e o 12º ano, sendo escassos os detentores de escolaridade inferior (6º ano apenas 3 e 4ª classe apenas 2).

---

<sup>42</sup> Sistema de aquecimento, ventilação e arejamento central

Tabela 1 – Quadro de Pessoal por resposta

Resposta Social	Quadro de Pessoal Segundo normativos da segurança social	Quadro de Pessoal Existente
<p><b>Creche</b>  <b>40 Crianças</b>                      Nº máximo crianças grupo:                      10 até à aquisição da marcha;                      14 Entre a aquisição da marcha (+-12) e os 24 meses;                      16 Entre os 24 e os 36 meses</p>	<p><b>Portaria n.º262/2011 de 31 de Agosto</b>                      1 Diretor Técnico;                      2 Unidades de pessoal, Técnicos na área do desenvolvimento infantil ou AAE por cada grupo até à aquisição de marcha (+/- 12meses);                      1 Educador de infância e 1 ajudante de ação educativa por cada grupo, a partir da aquisição da marcha;                      1 Ajudante de ação educativa para assegurar o pleno funcionamento do período de abertura e de encerramento da creche.</p>	<p>1DT comum a todas as respostas                      2 AAE (berçário)                      1 Educador Infância + 1 AAE na sala dos 12m aos 24m                      1 Educador Infância + 1 AAE na sala dos 24m aos 36m                      1AAE prolongamento</p>
<p><i>Tópicos de Reflexão</i></p>	<p><i>Verificamos a imperatividade legal de acréscimo de auxiliares, em detrimento de um educador em berçário. Paralelamente, não prevê coordenação pedagógica, face à dimensão e grupo etário.</i></p>	
<p><b>ERPI</b>  <b>47 Residentes</b></p>	<p><b>Portaria n.º 67/2012 21 de Março</b>                      1 DT                      1 Animador SC/ED/TG por cada 40 residentes                      1 ENF por cada 40 residentes                      1AAD por cada 8 residentes (dia)                      1 AAD por cada 20 (noite)                      1 ENC 40 residentes                      1 COZ por estabelecimento                      1 AJC por cada 20 residentes                      1 EAUX por cada 20 residentes  <b>Alterado mediante grau de dependência*:</b>                      1 ENF por cada 20 residentes                      1AAD por cada 5 residentes                      1EAUX por cada 15 residentes</p>	<p>1 DT comum                      1 Médico (Serviços)                      1 Animador SC                      3 ENF (7h/dia) + 1 Médico                      4 (M) + 4 (T)                      2 AAD (N)                      1 ENC (D)                      1 COZ comum                      3 AJC comum                      2 ASG + (1 lavandaria)</p> <p>*em apuramento junto do SVIP<sup>43</sup> do CDSS Aveiro</p>
<p><i>Tópicos de Reflexão</i></p>	<p><i>Verificamos que no rácio de pessoal legalmente previsto é irrealista, não prevê substituição para descanso e folgas de colaboradores em regime de horário de turnos (obrigatório), o que por si só, não corresponde às necessidades reais e que representam, face ao previsto, o dobro ou triplo do pessoal auxiliar para conseguir essa gestão horária.</i>  <i>Cumulativamente, o rácio de colaboradores por cada pessoa idosa torna-se inexecutável, não só por questões de segurança na mobilidade das pessoas idosas, (exigindo, na maioria das situações, duas auxiliares por pessoa), como também por prevenção de questões de saúde dos próprios colaboradores (doenças profissionais).</i>  <i>Existe ainda um risco acrescido quanto ao período noturno e que não prevê situações de ocorrências/emergências, que são regulares nestes contextos (perante situação de emergência uma auxiliar</i></p>	<p><i>Para uma intervenção de qualidade e dignidade em lar, importa perceber e fazer perceber que é necessário especializar e duplicar recursos, implicando custos.</i>  <i>Estarão as ipss preparadas?</i>  <i>Estará o Estado disponível para gerir e apoiar essas participações?</i></p>

<sup>43</sup> SVIP -Sistema de verificação de incapacidade permanente (junta médica)

	<p><i>acompanha o residente às urgências, permanecendo uma só para os restantes).</i></p> <p><i>Verificamos ainda que os cuidados de enfermagem são estimados por rácio de utentes (1 para cada 20 utentes dependentes), não acautelando as condições de saúde inerentes aos idosos (bastante fragilizados e com necessidades de cuidados diários), não se ajustando às necessidades reais das instituições na promoção de condições de saúde.</i></p>	
<b>Centro de Dia 30 Utilizadores</b>	<p><b>Acordo de Cooperação 13/04/2012 (Guião Técnico ex DGAS)</b></p> <p>1 TSSS com funções de DT (5%) 1 Técnico de Animação comum ERPI/SAD (12%) 1 AAD a 33,33% comum ERPI/SAD 1 ASG (10%) comum ERPI/SAD 1 Cozinheira (10%) comum ERPI/SAD 1 AJC (17%) comum ERPI/SAD 1 ADM (17%) comum ERPI/SAD 1 Motorista (17%) comum ERPI/SAD</p>	<p>1 DT comum 1 ASC 1 AAD 100% 3 ASG comum 1 COZ comum 3 AJC comum 2 ADM comum 1 ASG/Motorista comum</p>
<i>Tópicos de Reflexão</i>	<p><i>A acumulação de funções TSSS/DT torna-se inexecutável o que se repercute na necessidade de apoio de outro(s) técnico(s), não previsto no quadro legal e por norma não aceite/ economicamente suportável pelas ipss's.</i></p> <p><i>As pessoas que hoje integram esta resposta possuem, cada vez mais, perdas cognitivas e funcionais, não enquadrando uma resposta para pessoas autónomas e independentes que pretendem ocupar os seus tempos livres. Mais uma vez, o rácio de pessoal auxiliar não se ajusta ao funcionamento da resposta social.</i></p> <p><i>Por sua vez, observamos que alguns profissionais (DT, Animador, entre outros) encontram-se distribuídos por todas as respostas, na tentativa de uma convergência de recursos que nem sempre se torna executável</i></p>	<i>Mudança de paradigma dos centros de dia?</i>
<b>SAD 12 Utilizadores</b>	<p><b>Portaria n.º 38/2013 e Acordo de Cooperação 01/03/2016</b></p> <p>1 TSSS com funções de DT (15%) 1 Técnico Ciências sociais/humanas comum ERPI/CD (25%) 2 AAD a 100% 1 ASG (20%) 1 Cozinheira (20%) 1 AJC (20%) 1 ADM (15%)</p>	<p>1 DT comum 1 ASC 1 AAD (M) + 1AAD (T) + 1AAD (F) 2 ASG + (1 lavandaria) 1 COZ comum 3 AJC comum 2 ADM comum</p>
<i>Tópicos de Reflexão</i>	<p><i>Mais uma vez, o rácio de pessoal auxiliar não se ajusta ao funcionamento da resposta social. Repare-se que para existir uma equipa de 2 auxiliares (AAD) terá forçosamente que existir outra equipa (+2) para assegurar períodos de descanso e folgas legalmente obrigatórios.</i></p> <p><i>Observamos novamente que alguns profissionais (DT, Animador, entre outros) encontram-se distribuídos por todas as respostas, na tentativa de uma convergência de recursos que nem sempre se torna executável.</i></p>	<p><i>Sendo uma resposta cada vez mais procurada e necessária, importa perceber se essa é a vontade política, caso contrário, em virtude dos recursos humanos necessários e dos custos associados, muitas ipss não conseguirão subsistir e dar este apoio à comunidade.</i></p>

Ainda relativamente aos recursos humanos, deve salientar-se que a Instituição faculta aos colaboradores formação interna, cumprindo anualmente 35 horas. A todos os colaboradores é dada autonomia para realizar formação externa sempre que estes o pretendam e que esta vá de encontro às funções realizadas. A formação constitui uma das grandes prioridades no âmbito dos recursos humanos e tem a finalidade de conferir à organização competências distintas que se traduzem em vantagens competitivas.

Além de formação interna a Instituição recorre à formação externa/ Outdoor<sup>44</sup>, sobretudo dos quadros técnicos. Para os outros quadros, algumas ações de formação enquadram-se no âmbito do CQEP/IEFP<sup>45</sup>, tendo em vista a obtenção dos graus de escolaridade. No total, no último ano em referência (2016) inscreveram-se 22 colaboradores, 12 para certificação profissional e 8 para dupla certificação. No final de 2016, 10 colaboradores concluíram as ações, com equivalência ao 9º e 12º ano de escolaridade, em diferentes áreas de formação profissional (agente de geriatria, ajudante de ação educativa, técnico de apoio familiar e à comunidade, eletricista de instalações, entre outras).

A instituição realizou o levantamento de necessidades de formação e elaborou candidatura para obtenção de incentivos e programas de apoio para realização de formação financiada, contudo, ainda sem resposta.

Não obstante a instituição revelar o cumprimento deste imperativo legal (Boletim de Trabalho e Emprego/CNIS), foi dada a observar uma elevada resistência à formação por parte dos colaboradores. Ser ajudante de ação direta (designação oficial) torna-se uma solução de recurso para mulheres no desemprego. A falta de formação coloca em causa a qualidade dos cuidados, até porque o que pode parecer uma manobra simples exige gestos técnicos que nem todos conhecem. Como agravante, o estado de saúde com que as pessoas chegam às instituições é cada vez mais complexo.

Inverter estas perspetivas e motivar os colaboradores para esta realidade é pois uma atitude a conquistar, mas sobretudo a fazer-se cumprir.

---

<sup>44</sup> Das áreas de formação, destacam-se os 1ºos socorros de geriatria, nutrição e dietética nos domicílios, saúde mental, material de incontinência, utilização de luvas como equipamento de proteção, prevenção de acidentes de trabalho e SBVA.

<sup>45</sup> O conceito do Sistema Nacional de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências consiste em valorizar o que se aprendeu, em diferentes contextos (formais, não formais e informais), ao longo da vida, e reconhecer as competências que se foi adquirindo, atribuindo uma certificação escolar e/ou profissional (Instituto do Emprego e Formação Profissional)

## *2.5. Caracterização das funções desempenhadas*

A Portaria nº 67/2012, de 21 de Março, estabelece a nova regulamentação para as Estruturas Residenciais para pessoas idosas, onde se incluem, obviamente, as Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Nesta regulamentação, está estabelecida a obrigatoriedade de haver uma Direção Técnica - Artigo 11º - e estão definidas as principais funções e responsabilidades.

Pela importância crítica da função, transcrevemos integralmente o que diz a Portaria nesta matéria: *“A direção técnica da estrutura residencial é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções.*  
*2 — Ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial: a) Promover reuniões técnicas com o pessoal; b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver; c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa; d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.*

Dito isto, perguntamos: nas IPSS's, estará a respetiva Direção Técnica a cumprir estas funções e a assumir (somente) estas responsabilidades?

É conhecida, também, a fragilidade da maioria dos Administradores/ Direções das IPSS que, em regra, sem habilitações e/ou qualificações e/ou competências necessárias para o exercício de cargos de Administração especificamente no Terceiro Setor, atribuem às Direções Técnicas, regra geral, toda a responsabilidade em gerir uma IPSS, pese embora todas as decisões tenham que ser emanadas pela Administração. Isto significa que, muito para além de assumir a direção técnica da instituição, o DT é gestor, assessor e representante da Administração, é Técnico de Serviço Social, é Mediador Familiar, é o representante dos colaboradores perante a Administração e, concomitantemente, portador de diligências e orientações da Administração para com os colaboradores, é técnico de recursos humanos, entre tantas outras funções que tenta desempenhar.

Como refere Jacob (2008), é como se o diretor técnico (DT) configurasse uma *“ausência de estatuto”*. Não há um perfil ou uma categoria para o DT. O que na prática significa que nas funções, vencimentos e autonomia está completamente dependente da Administração.

Há, contudo, uma outra realidade, que todos fingem que não existe, mas que potencia exponencialmente a distância que separa as Direções Técnicas - a legislação inerente a cada uma das respostas sociais exige um DT na direção técnica (já exposto anteriormente), mas o Contrato Coletivo de Trabalho para as IPSS esquece-se de incluir essa categoria. Ou seja, os diretores técnicos são na sua categoria profissional diretores de serviços. A sua ação diária, porque intensa e exaustiva, não se limita a fazer as entrevistas para inscrição/admissão/acolhimento para as respetivas respostas sociais da instituição, e a resolver casuísticamente, e na hora, os diversos problemas e/ou situações a que não pode fugir. Paralelamente, dirige reuniões técnicas com o pessoal quase diariamente, para além de dirigir e orientar as reuniões semanais com a equipa técnica, planificando as atividades, desenvolvendo novos projetos e avaliando as necessidades e constrangimentos verificados.

Busca formação contínua para o seu pessoal na área mais sensível da sua atividade, procurando equilibrar despesas e procurando o apoio de entidades externas (ex. iefp), seguindo os trâmites e burocracias necessários; Promove, mediante a disponibilidade da Administração e seus representantes, reuniões com os residentes, para que se ouçam os familiares, analisando o grau de satisfação para com os serviços, os colaboradores e a própria Instituição; analisa eventuais reclamações e responde em tempo útil, orienta, segue e supervisiona todos os trâmites inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), representa os corpos gerentes em reuniões e eventos externos ou internos, dirige visitas de acompanhamento, de fiscalização, entre muitas outras tarefas....

*A pergunta seguinte é óbvia: como faz a gestão de tudo isto, não somente numa ERPI, mas num conjunto de respostas (acresce Sad, Cd e Creche) uma só Direção Técnica?*

A mestranda iniciou funções como Diretora Técnica em 2011, decorridos onze anos de experiência profissional na área de intervenção comunitária (RSI e Ação Social). Trabalhou numa instituição aberta ao público por si com várias respostas (Creche, SAD, CD e ERPI), o que lhe permitiu conhecer as várias vertentes e públicos da ação social.

Também teve a oportunidade de conseguir alguns estágios curriculares e profissionais, nomeadamente na área de gerontologia (Universidade de Aveiro), que trabalhassem lado-a-lado e que complementavam os saberes do serviço social (formação de base da DT). Contudo, nessa altura, existia sempre um Administrador presente na instituição, apoiando a DT na gestão diária da mesma e na resolução imediata de situações carentes de aprovação superior, fato, sem dúvida relevante e diferenciador.

Não obstante, consideramos que o trabalho de DT é constrangido sobretudo por três motivos: Por vezes o DT é encarado pela Administração como o “sindicalista de serviço” e pelos

funcionários como o “moço de recados” da Administração. Esta situação é delicada e exige muita diplomacia e bom senso. Em segundo, a Administração nem sempre fornece as respostas ajustadas ou, demora demasiado tempo a decidir, porque as reuniões são periódicas, dado que os seus membros exercendo atividade profissional não dispõem de tempo, ou porque simplesmente não atendem os assuntos reportados. Por fim, não há um perfil ou uma categoria para o DT, que na prática significa que nas suas funções, vencimento e autonomia, o DT está completamente dependente da Administração.

Casos como estes desafiam a intervenção dos profissionais na área do envelhecimento. O que fazer? Como desenvolver respostas com qualidade fundamentadas nos direitos humanos e sociais quando na verdade o próprio sistema legal não o traduz? Como promover as expectativas e otimização das competências das pessoas idosas? Como proteger as pessoas idosas? Como apoiar as famílias cuidadoras? Como proporcionar a melhoria da prestação dos cuidados e melhorar a formação dos colaboradores? Tendo em conta as dificuldades, como motivar os colaboradores para a prestação de cuidados? Como integrar outros profissionais para responder aos problemas atuais? Como otimizar recursos escassos num quadro de necessidades crescentes? Como promover a cidadania dos idosos? Como promover a justiça social? Como fazer tudo isto?

Casos como estes, associados, por vezes, a realidades “escondidas” desafiam o serviço social a pensar e a agir no sentido de defender os interesses das pessoas, implicando renovar o compromisso do serviço social para com as pessoas, fundado no humanismo proativo.

Estas inquietações estiveram na base da opção pela prossecução de um mestrado em Gerontologia Social.

Gerir um lar de idosos é cada vez mais complexo. O responsável no setor tem uma tarefa extremadamente difícil, para conseguir um crescimento harmonioso dos equipamentos. Por isso, precisamos de melhorar as nossas competências, de forma a projetar a atividade das instituições, a fim de obter um número elevado de utentes/clientes e, por conseguinte, oferecer um serviço de excelência. Para além do referido, necessitamos de mais recursos e mais qualificados para melhorar a prestação de cuidados.

Segundo Martin,<sup>46</sup> tal como nos restantes setores, existem determinantes num Lar que o tornam mais atrativo do que outros, basicamente existem três: Posicionamento do Lar em

---

<sup>46</sup> Martin, Ignácio (2018) in workshop gestão comercial e de marketing para uma ocupação total de lares em Portugal. Consulta post de investigação e desenvolvimento em gerontologia em 07/05/2018 <https://www.ideg.pt/producto/gestao-comercial-e-de-marketing-para-uma-ocupacao-total-em-lares-de-idosos/>

termos do Segmento do Mercado (é uma questão de preço, mas não só), Sinais externos de confiança (ter algo que prove que o lar faz aquilo que afirma) e, por último, o “killer sales” (encontrar alguém que tenha a capacidade de converter um cliente indeciso, num contrato).

É imperioso dotar as direções técnicas de autonomia, de competências de liderança e gestão que lhes permitam uma autonomia técnica efetiva e, em contrapartida, distanciar as administrações do trabalho técnico, competente e qualificado das pretensões sociais, pessoais e políticas, inerentes aos cargos que “voluntariamente” ocupam.

É necessária uma alteração substancial no atual modelo de atuação mas, acima de tudo, uma alteração da própria atitude do poder político.

A situação económica em que o país se encontra, muito embora pudesse representar uma oportunidade para as instituições, na realidade é que estas estão a ultrapassar momentos difíceis considerando os seguintes constrangimentos: a tipologia de clientes, cada vez mais dependentes e situações cada vez mais complexas (exigindo outros cuidados e outro rácio de pessoal e outro custo médio por utente), o sobreendividamento dos familiares que perante reformas cada vez mais penalizadas e com rendimentos de trabalho precários ou oscilantes não têm como suportar as despesas dos familiares mais envelhecidos, originando mensalidades baixas, não representando grandes receitas para as IPSS´s e colaboradores que cada vez mais são pressionados pela exigência dos cuidados e pelas inúmeras tarefas a cumprir.

Torna-se urgente conseguir adequar os recursos e a procura, ou seja, mudar. É necessário mudar a forma de lidar com as pressões atuais e responder de forma tranquila. Mudar a forma de pensar os problemas, perceber que o sector da terceira idade é um setor de prestação de serviços que garante os valores sociais, por isso, deve ser respeitado como os restantes setores de prestação de serviços (lógica de mercado). São necessárias novas metodologias, como estudos de mercado, procedimentos, promoção de lideranças e chefias, avaliação de desempenho, indicadores de performance e de qualidade, entre outras metodologias positivas e que já tiveram sucesso noutros setores.

As IPSS têm assim um duplo desafio na medida em que, por um lado, é necessário que sejam adotadas tipologias de gestão de recursos humanos com uma vertente mais estratégica, para que os colaboradores sejam motivados e envolvidos na prossecução da missão da instituição. Por outro lado, a Segurança Social, que regula e define os quadros de pessoal das respostas sociais, implementou um sistema de qualidade de respostas sociais com três níveis (A, B e C) e que tem como exigência dos níveis diferenciadores (A e B) a formalização de práticas de gestão de recursos humanos, tais como recrutamento e seleção, avaliação de desempenho,

acolhimento e integração. Atualmente, a qualidade já não se apresenta como um tema de discussão dado que as organizações têm de se adaptar a este panorama, visto como essencial para a sobrevivência de qualquer organização e como um requisito fundamental para a competitividade na economia atual.

Deste modo, a Instituição na qual se centra a atenção deste trabalho de projeto, rege-se pelos Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais (MGQRS), criados pelo Instituto da Solidariedade e Segurança Social (Instituto da Segurança Social, 2012, p. 5)<sup>47</sup>.

A instituição em análise, apesar de visar ser uma instituição de referência pela sua qualidade e cumprir os níveis B e C dos MQSS, ainda não prosseguiu com o investimento na certificação da qualidade das suas respostas sociais. Mas tal traduz senão a sua vulnerabilidade estratégica, sendo um requisito de sobrevivência atual e futuro. Sendo esse o propósito da Administração, deverá ser dada autonomia técnica para que a sua equipa possa, em conjunto com esta, liderar o processo e dessa forma ver reconhecido o seu esforço e qualidade nos serviços prestados.

### *2.6. Gestão da Qualidade, uma estratégia de concorrência e sustentabilidade*

No contexto das IPSS, a Comunidade Europeia tem vindo a exigir aos países membros um aumento na qualidade dos serviços prestados a crianças e idosos, exigência que foi adotada pela entidade que tutela as atividades das IPSS em Portugal - a Segurança Social.

Relativamente aos MGQRS atrás referidos, este tem como objetivo a implementação de um sistema de gestão da qualidade de uma organização, reunindo os princípios e conceitos de excelência que estabelecem os padrões de desempenho e os necessários critérios quantificáveis, que implementados de forma gradual, permitem avaliar todo o trabalho realizado, medindo a satisfação e perceção dos clientes, colaboradores e parceiros de uma determinada resposta (Instituto da Segurança Social, 2012).

Deste modo, as organizações devem dar uma grande importância aos serviços que podem ser vistos como diferenciadores e como uma estratégia que leva à competitividade, ou seja, pode fazer a diferença entre instituições.

O Modelo<sup>48</sup> de Avaliação da Qualidade, subproduto dos MGQRS, pelo qual a Instituição se rege é, de acordo com o Instituto da Segurança Social, I.P. (2012) “*um referencial normativo*

---

<sup>47</sup> Instituto da Segurança Social, I.P. (2012). Guia Prático - Apoio Sociais - Programa de Cooperação para a Qualidade e Segurança das respostas Sociais. Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente

<sup>48</sup> Para a elaboração do Modelo, foram tidas “*como referências a norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management*

*assente nos princípios da gestão da qualidade, que estabelece os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais” (p.5). O Modelo foi desenvolvido para cada tipo de Resposta Social, no entanto todos os requisitos dos critérios são idênticos.*

*A elaboração deste Modelo teve como objetivos: “ser um instrumento de diferenciação positiva das Respostas Sociais, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados; ser um instrumento de autoavaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o desempenho da organização, as oportunidades de melhoria e a ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem; apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais... ”. (ISS,I.P. 2008, p. 5)*

Neste Modelo são definidos ainda oito critérios de referência (conforme o EFQM) sendo quatro respeitantes aos “meios” e quatro aos “resultados”. Para ajudar na implementação deste Modelo, foram criados alguns Instrumentos aplicáveis a cada Resposta Social, nomeadamente, o Manual de Processos Chave<sup>49</sup> e Questionários de Avaliação da Satisfação dirigidos a clientes, colaboradores e parceiros.

Assim, a Instituição que pretenda implementar um SGQ deve estabelecer os seus objetivos, indicadores e metas com base na estratégia da organização e da política de qualidade. Seguidamente executa as tarefas a que se propôs, monitorizando periódica ou continuamente a execução das mesmas e por fim, com base nos resultados, comparando com as metas previstas e sempre que se justifique, elaborando planos de melhoria de execução.

O Modelo proposto baseou-se numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, pelo que foram estabelecidos três níveis de exigências relativas aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade (níveis C, B e A), permitindo a sua implementação gradual ao longo de um determinado período de tempo. Neste sentido, o Sistema de Qualificação das Respostas Sociais, prevê a existência de três níveis de qualificação (C, B e A). Este Sistema de Qualificação está baseado na avaliação da conformidade dos serviços de acordo com os requisitos estabelecidos nos critérios deste Modelo. Esta avaliação realizada por entidades qualificadoras externas, independentes e acreditadas no âmbito do Sistema Português da Qualidade, irá permitir, a nível externo, evidenciar que a Resposta Social tem em funcionamento um sistema de gestão que lhe garante a conformidade dos seus serviços com

---

*(EFQM) (descritas em 2.2) e será periodicamente avaliado e revisto, face a alterações que o venham a justificar e aos resultados da sua implementação”.*

<sup>49</sup> O mesmo Manual de Processos Chave (ISS, I.P. Manual de Processos -Chave, 2007) indica que “para que uma organização funcione de forma eficaz e eficiente, necessita de identificar, organizar e gerir todas as atividades que promove, de forma sequencial, integrada e interligada” (p.5).

os requisitos deste Modelo. Assim, desenvolvido todo o Sistema de Qualificação das Respostas Sociais, a celebração de novos Acordos de Cooperação será condicionada ao cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C, estabelecidos neste Modelo (Alves, 2011). O cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível B e A será voluntário e considerado como um fator de diferenciação positiva das Respostas Sociais, criando-se para o efeito metodologias de divulgação pública das Respostas que obtenham a qualificação nestes níveis.

Um desafio será o de verificar se a certificação de qualidade será uma alavanca na deteção da necessidade da existência de colaboradores cada vez mais especializados, nomeadamente em gestão de recursos humanos, dado que a certificação e especialmente a de nível A, implica a implementação de várias práticas de gestão de recursos humanos. Como refere Vieira (2018), neste sentido, é pensar a excelência nas organizações sociais que prestam serviços sociais, sobretudo daquelas que estão encarregues da proteção social e que, por isso, previnem e reparam situações de carência, dependência, de vulnerabilidade ou exclusão social. Promovendo, neste pensamento, condições que promovam a eficácia das organizações que atendem àqueles que não acedem ao poder político, que não controlam os mercados, que não financiam campanhas eleitorais e que não compram favores.

Ou se, por antítese, a certificação da qualidade representará, de futuro, uma seleção à participação do Estado às instituições notoriamente qualificadas e especializadas, em detrimento das demais, acentuando conseqüentemente os custos pelos serviços e subsequentemente, o acesso a estas instituições.

### *2.7.Principais projetos e parcerias*

A Instituição criou ainda uma rede de parceiros, tendo em vista a concretização real dos seus objetivos e recurso a sinergias locais: Cerciستا, Farmácia, rede social de Estarreja, Centro Médico da Murtosa, IEFP, IPSS's concelhias, ISS/CDSS Aveiro, CME, JF, Ordem dos Psicólogos e PACOPAR.

Recentemente, alargou a sua rede de parceiros: integração no Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) – AmoVida. Este protocolo inclui: Formação a 6 colaboradores da instituição, Colocação do Kit de emergência (DAE), Licenciamento, Instalação, Auditoria e controlo médico.

Anualmente, a instituição, desenvolve um plano de comunicação onde ficam definidas algumas das ações que pretendem desenvolver.

Tem por política candidatarem-se a todo o tipo de programas enquadrados no seu âmbito, bem como, utilizar de preferência os recursos humanos internos, sem que seja necessário recorrer a equipas externas.<sup>50</sup>

Apresenta uma política forte de comunicação nomeadamente: possui site, linha gráfica própria (logotipo e modo como se apresenta), facebook institucional e possui newsletter com edição periódica. Realizam uma semana cultural, onde fazem a homenagem ao fundador com atividades em que juntam beneméritos, órgãos sociais, colaboradores, as pessoas idosas e a comunidade. Realizam ainda uma Gala Solidária anual aberta à comunidade. Recebeu já três visitas da RTP: uma em que fizeram uma abordagem ao envelhecimento ativo (Praça da Alegria), outra visita foi no âmbito de uma homenagem a um dos mecenas (Praça da Alegria), e outra no âmbito do Carnaval infantil (Portugal No Coração), recebem anualmente visitas de Partidos Políticos na altura das campanhas eleitorais.

No que concerne aos apoios concedidos pelo IEFP, a instituição promove anualmente medidas de apoio: CEI (contratos de emprego inserção), Estímulo Emprego, Estágios-emprego. Para além destas medidas e incentivos do Instituto de Emprego e Formação Profissional de Aveiro, a instituição é recetiva a estágios profissionais de entidades parceiras, desde que sem custos adicionais.

A importância dos protocolos e parcerias que se estabelecem com as universidades a nível nacional tem-se demonstrado de maior importância para o crescimento no mercado e na captação de talentos, hoje em dia tão importante nas áreas de recrutamento interno e externo.

### *2.8. Caraterização da população institucional*

No ano em referência (2016), a instituição prestou apoio a um total de 77 idosos, em serviços de Apoio Domiciliário, de Centro de Dia e em Estrutura Residencial para idosos, acrescidos de 40 crianças e respetivos familiares, num total de 110 pessoas idosas.

Em 2016 foram efetuados, no total, para a área da terceira idade, um total de 48 propostas de admissão, com respetivos trabalho de relatórios de análise, hierarquização e aprovação de candidatos, contratos de prestação de serviços, entre as demais diligências inerentes ao

---

<sup>50</sup> Programas a que se candidataram: POPH (tipologia de formação para ativos), PRIO/EAPN (formação e consultoria), IEFP (medidas de apoio ao emprego/estágios), Campanha de Solidariedade da AGRA, Candidatura ao Concurso PACOPAR (grupo industrial local), Candidatura Dia Nacional Pijama, todos estes aprovados. A referir ainda outras candidaturas, pese embora não aprovadas: Candidatura ENERGIA GALP; Concurso Microgeração EDP; Concurso EDP Solidária; Candidatura ao CNIS, QREN-POAT - Programa caso piloto na implementação de recomendações do estudo das IPSS's num contexto de crise económica; Candidatura ao Querido Mudei a Casa, especial natal querido, candidatura salas convívio/atividades IPSS; Candidatura à 3ª Edição do prémio Sic Esperança - Rock In Rio Escola.

atendimento, candidatura, acolhimento, integração, admissão e todo o planeamento individual inerente.

O número reduzido de admissões em ERPI (4) no último ano, prende-se com a longevidade das pessoas idosas, traduzindo o esforço que se vem realizando na promoção das melhores condições de saúde, mediante um acompanhamento de enfermagem mais prolongado (7h por dia/7 dias por semana), acompanhamento médico sempre que necessário (visitas extra), susceptíveis de maior prevenção de recaídas e idas ao serviço de urgência (SU), entre outras ações paralelas junto dos demais colaboradores (de carácter preventivo), sendo positivo o balanço final.

Apesar do número reduzido de admissões, pelos motivos já expostos, efetuaram-se um total de 14 inscrições e respetivos encaminhamentos para IPSS's locais com resposta similar.

A resposta de SAD, em 2016 registou um aumento significativo da procura, efetuaram-se 22 inscrições, das quais 19 objeto de análise e deliberação junto da Administração, tendo-se procedido à admissão de 19 pessoas idosas. Considera-se que a resposta de SAD deverá ser uma inquietação futura, sendo necessário projetar o alargamento das equipas (recursos humanos) e tipologia de serviços (acompanhamento diurno e noturno, enfermagem, reabilitação) de forma a corresponder às solicitações e necessidades atuais nos domicílios.

A estabilização na procura da resposta de Centro de Dia, vem apenas traduzir a realidade já discutida anteriormente e que se prende com o agravamento e altos níveis de dependência dos idosos, quase sempre incompatíveis com uma resposta que emergiu para ocupação de tempos livres de idosos mais autónomos. Não obstante, em 2016, a média de frequência situou-se nas 12 pessoas idosas.

Paralelamente, apesar dos atuais índices de natalidade, a creche manteve sempre a sua lotação esgotada (40).

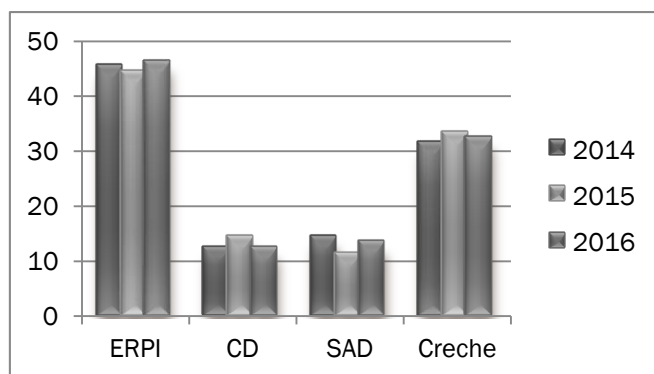
O histórico de pessoas idosas no último triénio da instituição, permite-nos observar um crescendo no número total de pessoas, resultado da crescente necessidade de apoio social e de cuidados de saúde específicos, face às limitações físicas e/ou mentais dos novos idosos, de todo incompatíveis com a realidade social, profissional e familiar atual.

Por sua vez, a revisão dos Acordos com a Segurança Social, nomeadamente Creche e ERPI, para o alargamento de capacidade (40 e 47 respetivamente), promoveu a abertura de vagas e, com isto, o aumento de procura em ambas as respostas.

O aumento da esperança média de vida tem vindo a ter como consequência direta o aumento gradual do número de pessoas idosas dependentes, nas diversas respostas da Terceira Idade, afetando sobretudo os idosos integrados em ERPI.

Podemos constatar tal evolução, no triénio em referência, mediante os dados do gráfico 1 que se apresenta de seguida.

Gráfico 1 – Média de utilizadores no último triénio por resposta social



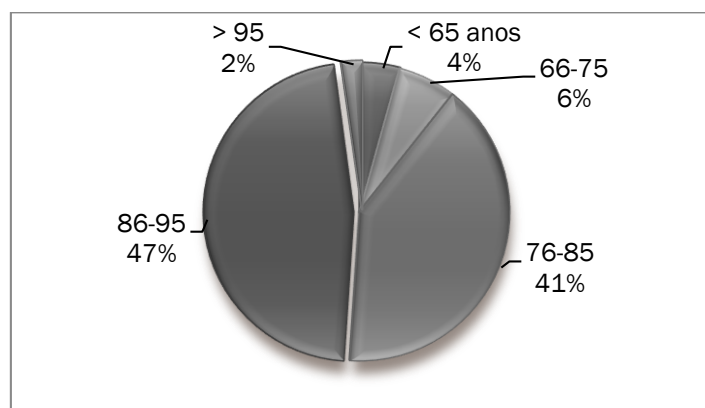
Fonte: programa informático e registos de inscrições/admissões

De realçar que este é o primeiro ano em que esta resposta de Creche, a 31 de Dezembro/16, se encontra já com a sua capacidade limite esgotada (40 crianças), com candidatos inscritos para o ano letivo seguinte (2017/18), traduzindo uma imagem bastante positiva relativamente à qualidade dos serviços prestados.

Nas respostas da Terceira Idade, a média da frequência anual foi de 46 pessoa idosas na ERPI, de 13 pessoas idosas no Serviço de Apoio Domiciliário, pese embora desde Novembro/16 o limite se tenha mantido nas 17 pessoas idosas e, por fim, de 12 pessoas idosas em Centro de Dia.

Conforme o gráfico 2 nos traduz, a faixa etária predominante nesta resposta é dos 86-95 anos de idade, merecendo especial destaque o género feminino, sendo que este representa cerca de 74% da população residente (12 homens em 35 mulheres). A população da instituição é maioritariamente do género feminino, prevalecendo uma média de idades de 86 anos. O estado civil representa sobretudo uma população viúva, mais vivenciada por mulheres, sendo escassos os casos de conjugalidade e solteiro (dados dos processos individuais e trabalho de projeto anual 2016 da instituição).

Gráfico 2 – Média de Idades das pessoas integradas em ERPI



Fonte: programa informático e processos individuais

Pudemos constatar ainda que a maioria das pessoas provém da freguesia e concelho de Estarreja, sendo que existem algumas oriundas de concelhos limítrofes. Exceção da resposta de ERPI, em virtude das vagas sociais (9),<sup>51</sup> cujas situações são, na sua totalidade, provenientes de outros concelhos limítrofes (Murtosa, Espinho, Vale Cambra, etc.). Também a resposta de Centro de Dia, apresenta algumas pessoas oriundas de freguesias e concelhos limítrofes, associada à necessidade de resposta e em virtude da proximidade desta.

Por sua vez, na creche, as crianças são na sua maioria residentes em Estarreja, excetuando-se casos pontuais, mas cuja relação com o concelho se prende com a atividade profissional e maior facilidade de acesso à resposta da instituição.

Retornando aos idosos, o fato de se viver cada vez até mais tarde, não significa que tal condição seja com sinónimo de qualidade. De acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida do INE<sup>52</sup>, da população com mais de 75 anos, 38,9% tinha alguma dificuldade e 37,9% dificuldades sérias nas atividades da vida diária.

Estes resultados colocam Portugal no 2º País da UE com as mais elevadas taxas da População idosa com limitações nas atividades da vida diária. Beduído é uma das freguesias com maior área e efetivo populacional, com um Índice de Dependência de Idosos fixado nos 31,6 (2016)<sup>53</sup>.

Relativamente aos familiares diretos das pessoas idosas em estudo, os principais motivos inerentes aos pedidos de apoio, para qualquer uma das respostas de Terceira Idade, estão identificados no quadro n.º 4, que se segue. De salientar que motivo mais importante invocado

<sup>51</sup> Vagas reservadas para a segurança social e ocupadas com situações de emergência social

<sup>52</sup> Diagnostico da Rede social de Estarreja

<sup>53</sup> Pordata, 25/01/2018

é a falta de disponibilidade relacionada com o padrão de vida existente e o agravamento das condições de saúde do idoso, inerente à crescente dependência.

Por sua vez, a procura da creche encontra-se sobretudo associada ao término da licença de maternidade e reingresso na atividade profissional, sendo que as crianças, na maioria ingressam com cinco meses.

A população em estudo configura um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos (excetuando-se a resposta de creche), prevalecendo a condição de reformado, pensionista e doméstica (sem quaisquer rendimentos), esta última exclusivamente afeta a mulheres.

Por sua vez, os percursos profissionais destas pessoas encontram-se confinados ao setor primário, sendo bastante precoce (9/10 anos) o exercício dessa atividade.

Relativamente aos níveis de instrução predomina a 4ª classe, sendo que grande parte desta população (feminina e masculina) não a possui completa e apenas uma minoria apresenta outros níveis de instrução (superior, 6º e analfabeto).

*“Os meus pais, coitados, mandaram as minhas irmãs à escola e nós, rapazes, ficávamos em casa a ajudar nas lides...era assim...tratávamos dos animais, íamos ao junco da ria, apanhávamos arroz e trigo e só vínhamos à noite...” AG.*

Todavia, no plano do valor das pensões, verificam-se grandes disparidades que traduzem as desigualdades inerentes das atividades profissionais durante a vida ativa e, por outro lado, decorrentes da diversidade de regimes a nível contributivo.

No caso específico desta população, subsistem pensões do sistema de segurança social, do regime não contributivo, correspondendo a valores em função do IAS (419.22€ em 2016)<sup>54</sup>, inferiores ao SMN (salário mínimo nacional/530€ em 2016) e muito próximas do limiar de pobreza. De referir que muitas destas pessoas apenas têm acesso a prestações complementares (dependência por exemplo e que crescem entre 107€ a 176€ mensais) quando contactam a instituição. Apenas uma minoria apresentam reformas associadas a outros regimes (ex. caixa geral de depósitos) e com valores acima da média.

Importa a este propósito referir que na instituição em causa todas as famílias são implicadas na comparticipação familiar devida pela utilização dos serviços de ERPI<sup>55</sup>, para além do valor

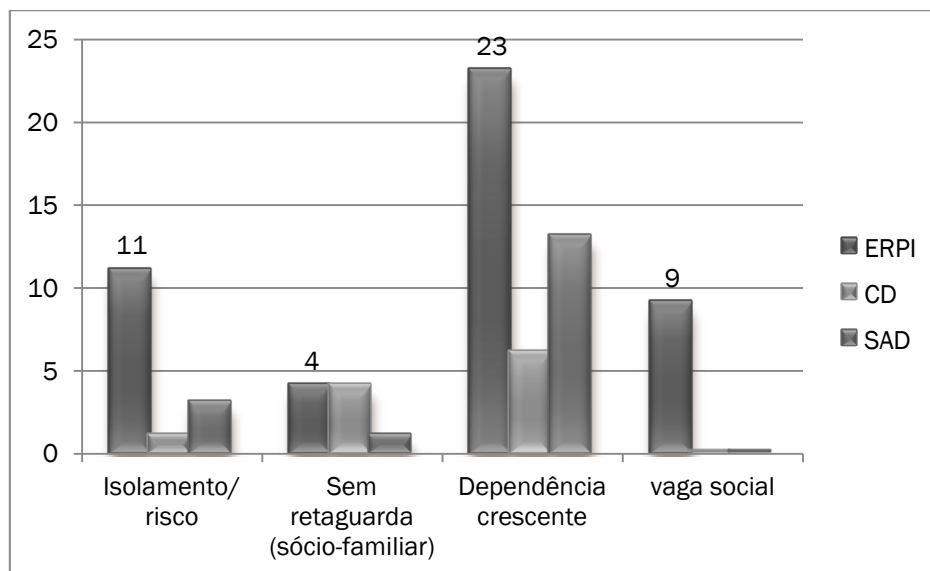
---

<sup>54</sup> IAS- indexante dos apoios sociais

<sup>55</sup> À comparticipação familiar pode acrescer uma comparticipação dos descendentes ou outros familiares. Para efeito da determinação dessa comparticipação, deve atender-se a capacidade económica de cada agregado familiar, sendo o valor apurado acordado entre as partes interessadas, mediante assinatura de acordo escrito e com emissão do respetivo recibo de forma individualizada.

da mensalidade<sup>56</sup> (determinada pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento per capita do agregado familiar e grau de dependência) e do valor de comparticipação do Estado<sup>57</sup>.

Gráfico 4 – Motivos inerentes aos pedidos



Fonte: processos individuais e inscrições

Efetivamente, de uma maneira geral, os fatores que determinam a procura institucional (qualquer resposta social sénior) prendem-se sobretudo com problemas de saúde, perda de autonomia, isolamento, inexistência de redes de interação facilitadoras da integração familiar e social do idoso, falta de recursos económicos e habitacionais.

*A D. Rosália cuidava da casa Museu desde a sua juventude. Vivia só, nunca se casou, tinha uma sobrinha e uma afilhada, mas nunca quis depender de ninguém. Após uma queda, viu-se forçada a ir para o lar...para tratar da ferida...necessitava de assistência diária nos curativos. Após a admissão, foi diagnosticada com demência inicial, validando-se a sua incapacidade para continuar a viver só. Sem retaguarda familiar, manteve-se no lar onde ainda hoje permanece. RS*

Analisando os dados desta população e após aplicação da escala de Barthel<sup>58</sup> e índice de Katz<sup>59</sup>, é possível constatar que à entrada em ERPI os idosos já se encontram numa escala de

<sup>56</sup> Em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, a comparticipação familiar mensal determina-se pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento per capita do agregado familiar, variável entre 75% a 90%, de acordo com o grau de dependência do utente

<sup>57</sup> Atualmente encontra-se em vigor o Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário, Protocolo para o biénio 2017-2018, constando na tabela do anexo I, a comparticipação financeira utente/mês no valor de €374,91.

dependência grave em dimensões tão elementares da vida quotidiana como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, deslocar-se, levantar-se, ir à casa de banho, ser continente, entre outras.

Tobin e Lieberman (1976) citados por Guedes (2012:101) sugerem como fatores associados à entrada em lar a crescente degradação física, a incapacidade e/ou falta de vontade em os familiares assegurarem os cuidados necessários e a falta de serviços comunitários que facilitem a independência do idoso. Grandall (1980) reforça mesmo a ausência de apoio social. Contudo, a perda de mobilidade e controlo do próprio corpo (escala de barthel) não é a única manifestação de declínio suscetível de influenciar o quotidiano dos idosos. Existem também os casos decorrentes de litígios familiares e/ou indiferença e/ou negligência e/ou maus tratos, em que a institucionalização representa a solução para os demais. Como refere Pimentel (2001), existem também casos de sucesso e em que se verifica uma melhoria das condições de vida e de estabilidade emocional.

*O Sr. Sá veio encaminhado pelo Serviço de Segurança Social. Vivia numa situação insustentável. Após o seu divórcio e litígios decorrentes, isolou-se, apresentando graves problemas de obesidade, sem qualquer relação com a filha ou familiares. Sem trabalho, e sem rendimentos, condenou-se a uma vida isolada, sem motivações, à espera do fim. Após a sua entrada em lar, ganhou motivação, perdeu 30 kgs, viu controlados os seus níveis de glicemia, passou a ter um objetivo...ter saúde. Recuperou o contato com a filha e hoje em dia saem regularmente, ora para consultas, ora para passeios, ora para datas festivas e comemorativas. Não é mais o mesmo. AG*

Existem ainda os casos em que integram o lar, assumindo uma postura como se a decisão fosse própria, salvaguardando a sua integridade, autonomia e identidade pessoal.

*A D. Aninha viva em Lisboa, sendo natural de Estarreja. Viúva, tendo perdido recentemente uma filha, vivia com o genro e neta, que muito a estimavam. Não quis depender mais deles, queria a sua independência, mas e sobretudo, não dar trabalho a ninguém. Veio para o lar, visitou-o primeiro e escolheu o quarto em que ficar. AG*

Na população que atualmente usufrui dos serviços da instituição, são patentes diversos motivos inerentes, cada vez mais associadas ao próprio processo degenerativo e que, por sua

---

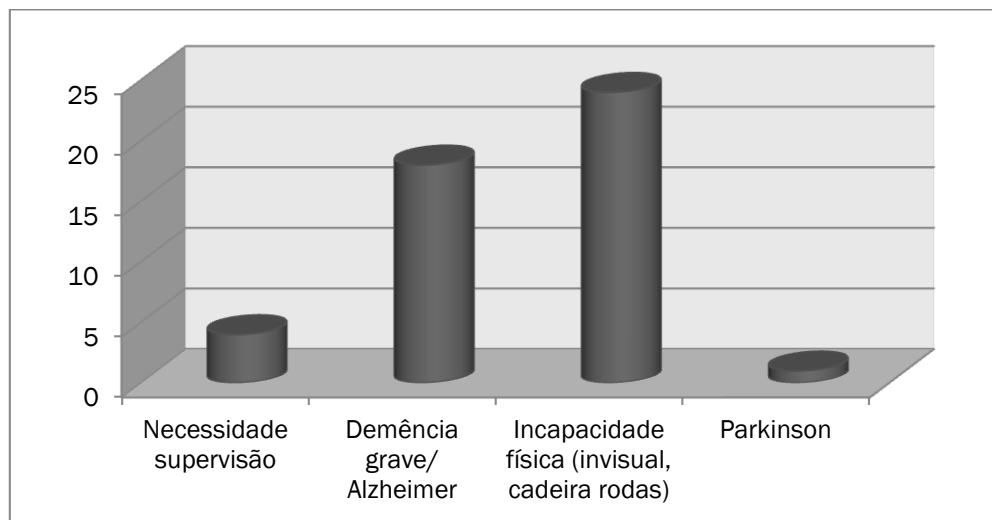
<sup>58</sup> O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

<sup>59</sup> O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica. O formulário de avaliação possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente.

vez, afetam a capacidade de conseguirem satisfazer, por si só, as atividades básicas da vida diária (ABVD's), carecendo efetivamente de retaguarda institucional ajustada.

Podemos resumidamente os fatores de internamento mais evidenciados (gráfico 5), destacando a perda de autonomia/mobilidade e das capacidades cognitivas/demências:

Gráfico 5 – Fatores de internamento



Fonte: processos individuais

É sentida particularmente a necessidade crescente de incluir novas atividades e serviços conducentes ao bem-estar das pessoas idosas por um lado, e por outro, promotores de uma intervenção mais especializada e dirigida à realidade atual, susceptíveis de proporcionar, com eficiência, serviços de qualidade e excelência mas, e sobretudo, permitir a valorização, dignidade e estatuto social e pessoal do idoso.

A forma como o envelhecimento é vivenciado depende não só das questões físicas, mas também da personalidade de cada indivíduo, assim como da sua experiência de vida. Quando falamos de envelhecimento ativo, pretendemos que se trate de uma vivência positiva. No entanto, e focando esta faixa etária, pressupomos que um idoso é ativo quando participa nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis.

Pelo seu carácter repressor a institucionalização pode vetar um envelhecimento ativo aos idosos. Quando se encontram institucionalizados, muitos indivíduos perdem a sua capacidade de decisão face à sua vida. Goffman (1996:112) define como a “expropriação”, a “mortificação do eu”, em virtude da rutura com o modo de vida anterior e perda de autonomia do idoso, em mercê de um tratamento standarizado e organização burocratizada das necessidades.

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

## *2.9. As Rotinas, dinâmicas e serviços institucionais*

### *Atendimento informativo e inscrição*

---

Analisando o processo de admissão, através do regulamento interno de cada resposta, a ficha de inscrição, o contrato de prestação de serviços, o termo de responsabilidade familiar, o processo individual e documentos inerentes, para além da observação direta de situações de admissão, encontra-se bem patente a definição de regras claras e objetivas de funcionamento. Nomeadamente, pessoas com mais de 65 anos (erpi), de ambos os sexos, residentes no concelho ou limítrofes e casos excepcionais, desde que autorizados pela Administração. Alguns utentes, com já observado, provêm de origens diversas, fruto do encaminhamento da segurança social, designadas como situações de emergência social.

Maioritariamente, as admissões são acompanhadas por um ou mais familiares e pela equipa técnica, assim como direção técnica.

Por vezes, o primeiro contato é realizado telefonicamente, sendo agendada data de reunião para atendimento informativo e realização de inscrição e definida a percentagem de priorização de acordo com os critérios observados e definidos para o efeito.

Antes de qualquer admissão ou inscrição, é realizada visita às instalações (lar e creche), para que sejam conhecidos os espaços, os ambientes, as instalações, os serviços, os residentes e os funcionários. Raramente no primeiro contato vem também a pessoa idosa, sendo opção do familiar a procura inicial não ser do conhecimento do idoso.

A inscrição é sempre realizada pela direção técnica ou, na sua ausência, um elemento da equipa técnica. Nesse documento, consta em primeiro lugar a identificação do utente, responsável familiar e/ou legal, documentos obrigatórios para conclusão de inscrição, situação de saúde, motivo do pedido e é rubricada e datada pelos presentes, sendo dado número de entrada formalmente.

É também realizada informação social nesse momento, apontando sobretudo os fatores inerentes ao pedido de institucionalização, redes sociais e pessoais, historial de doenças, entre outros aspetos pertinentes.

A inscrição é sempre rubricada pelos familiares responsáveis pelo pedido e idoso quando acompanham a visita. Sempre que possível, nesta mesma data é dada a simulação de cálculo de mensalidade<sup>60</sup>.

Só é aberta nova vaga quando se verifica uma saída (óbito) ou desistência.

Mediante a priorização dos candidatos em lista de espera, são selecionados os seis mais pontuados e é apresentada proposta de admissão pela direção técnica junto da administração. Situações existem em que a administração favorece a entrada mais célere de pessoas em lar, não sendo contudo, uma situação regular.

Casos existem que após frequência de outras respostas e face ao agravamento da situação de dependência (um dos critérios mais priorizados) e insuficiente resposta, transitam para erpi, sendo dada prioridade de admissão e considerando-se favorável o processo de internamento e adaptação.

### *Admissão e acolhimento*

---

Agendada a data de admissão, nesse mesmo dia, toda a equipa técnica reúne com os familiares e pessoa idosa, tendo em vista promover o seu acolhimento e realizar a sua avaliação diagnóstica.

Os pertences e bens pessoais são, nesta data, entregues já etiquetados pelos familiares (com numeração cedida pela instituição), conforme regulamento interno e informações prestadas no primeiro atendimento. Excetuam-se os casos de encaminhamento urgente (segurança social) e/ou sem retaguarda sócio familiar, em que a instituição assume essa tarefa.

É a direção técnica quem assegura e dirige as reuniões com os familiares, inclusive contactando a família após deferimento da admissão, assim como as fases seguintes, tais como agendamento da data de admissão, assinatura do contrato, entrega do regulamento interno, esclarecimentos inerentes à admissão, pagamento, entre outros.

Esta é das fases mais importantes do internamento.

Após a apresentação da pessoa idosa à equipa técnica e não técnica e aos demais residentes ou utentes (centro dia e creche), são encetados um conjunto de diligências de forma a promover o melhor sucesso na integração no lar. São acautelados gostos e preferências alimentares, é posicionado em espaços junto a outras pessoas que evidenciem os mesmos gostos culturais e

---

<sup>60</sup> A mensalidade é calculada em função dos rendimentos do utente, sendo possível solicitar comparticipação familiar aos herdeiros legais, complementando a comparticipação da segurança social, não ultrapassando o valor do custo médio por utente na instituição na resposta.

ocupacionais, é preparado o quarto com os seus objetos pessoais e é dada toda a atenção particular e necessária para adaptação e integração nas rotinas do lar.

Tal como refere Delgado (2011) é esta familiaridade que lhe poderá proporcionar conforto e segurança.

Contudo, se para alguns se revela um sucesso, para muitos a institucionalização traz a descontextualização, a falta de referências, o desinteresse; muitos que não sabem ler ou não têm hábitos de leitura quer de livros quer da vida social, não encontram forma de construir a qualidade de vida em ambientes, por vezes, com muito mais condições objetivas de vida que a própria casa onde viveram. A falta de rituais e a perda da noção espaço-temporal produz, assim, a tristeza, o sentimento de solidão e o envelhecimento precoce. Com efeito, dificilmente o idoso vai fazer atribuição de sentidos às coisas se não se revê nelas. Nem a pessoalização do quarto, com fotos da família, apelo à memória, lembranças, etc. são bastante para construir uma nova identificação (Vieira, 2011).<sup>61</sup>

#### *Dinâmicas e serviços*

---

Para além dos efeitos da idade, da doença, Rowe e Kahn (1998) lançam outros fatores de bem-estar como a saúde, o funcionamento mental, a alimentação, o exercício físico, as relações sociais e os hábitos do quotidiano como fundamentais (Guedes:2012:141).

A saúde, a participação social e a manutenção de atividades são também reforçadas por Fontaine (2009). Neste sentido, torna-se pertinente questionar se o lar promove ou não oportunidades, atividades e recursos que efetivamente valorizem as competências das pessoas idosas e se preservam e/ou reforcem a identidade destas.

Analisando as dinâmicas diárias da instituição, facilmente constatamos a priorização das tarefas inerentes às necessidades básicas, como, levantar, tomar banho, tomar o pequeno-almoço e medicação/ tratamento respetivos, indo de encontro ao pressuposto defendido por Goffman.

O serviço médico e de enfermagem é dos mais procurados pelos utentes. Existe visita médica semanal e sempre que agudizados estados de saúde que necessitem de observação, o médico é contactado e, quando necessário, visita o doente.

A enfermagem é assegurada 12h por dia, apesar de legalmente se exigir 4h/dia, sendo propósito assegurar melhores cuidados, preventivos, evitando a recorrência ao serviço de urgências. Não obstante, não existe tempo para trabalhar a reabilitação dos utentes, tendo os

---

<sup>61</sup> VIEIRA, Ricardo (2011). *Educação e Diversidade Cultural*, Porto: Afrontamento.

idosos que recorrer a serviços externos à instituição e, na maioria dos casos, desistindo dos mesmos, promovendo a sua inatividade e, muitas das vezes, o seu retrocesso em termos de mobilidade.

Apesar de promovidas as caminhadas no interior, individualizadas e com a ajuda de um auxiliar, nem sempre se realizam, por circunstâncias diversas e do que foi permitido observar, sendo recorrente direcionarem-se para um grupo restrito.

### *Levante e higiene*

---

O despertar na instituição situa-se entre as 6h30m e as 9h, altura em que é servido o pequeno-almoço. Às 6h30m inicia um turno e às 7h outro para apoiar esta tarefa. As auxiliares, em equipa de duas, preparam os idosos mais dependentes e auxiliam os mais autónomos. As auxiliares de serviços gerais vão percorrendo os quartos e procedendo à sua limpeza e arrumação.

O número de banhos gerais é definido de acordo com os hábitos anteriores das pessoas ou de acordo com as necessidades do dia (no caso de perdas). Contudo, o banho não é rígido, podem ser dados mais banhos ou, não pretendendo tomar nesse dia, é dado noutra dia, acordado com a pessoa, realizando-se sempre higiene parcial.

Todos os quartos possuem wc e são individuais ou duplos, pelo que não existem banhos coletivos. Contudo, durante a realização da higiene, do que é dado a observar, ouvem-se conversas entre auxiliares, nem sempre desejáveis: ora situando-se entre comentários relativos a ordens emanadas, ora infantilizando o idoso, ora gritando com colegas que realizam banhos noutros quartos...

A sobrecarga de trabalho é igualmente um condicionante à manutenção da interação com os idosos.

*“Elas andam sempre a correr coitadas, não têm tempo para nós...” AG*

Durante este período de realização de banhos sente-se um forte odor a urina, o qual rapidamente é absorvido após limpeza dos espaços, reconhecendo-se o zelo com a higiene dos espaços, o que se estende ao tratamento de roupas.

Depois dos banhos, os utentes vão descendo para o refeitório e os mais dependentes são transportados com o auxílio das auxiliares. Contudo, olhares mais atentos permitem detetar que, por vezes, a cadeira de rodas é usada para maior celeridade das tarefas, incumprindo orientações para promoção de mobilidade e autonomia na execução das ABVD's.

Do que foi possível observar, poucas são as pessoas que realizam as refeições nos quartos, pelo fato de ser incentivada a participação e interação social.

### *Refeições*

---

De acordo com o regulamento interno encontram-se previstas seis refeições diárias: o pequeno-almoço, o reforço da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia, sendo esta última servida nos quartos.

As refeições têm horários estritos, salvo raras exceções (saídas com atrasos, altas hospitalares, tratamentos externos/IPO): 9h/10h o pequeno-almoço, 11h reforço manhã, 12h/13h almoço, 16h/17h lanche, 19h/20h jantar e 21h ceia.

As mesas são preparadas antes alguns minutos e alguns utentes mais autónomos, não muitos, auxiliam espontaneamente, dando-se aqui destaque ao sentido de utilidade social que procuram.

As ementas são elaboradas por empresa de nutrição externa, em conjunto com o departamento médico e de enfermagem, após auscultados todos os utentes (expetativas e preferências) e avaliadas as prescrições médicas. Não obstante a quantidade e qualidade das refeições, nem sempre existe concordância e aceitação dos utentes gerando, pontualmente, queixas que se tornam coletivas e conducentes a alguma instabilidade.

Não existem refrigerantes ou bebidas alcoólicas, apesar de permitidas, bebem água e sumo natural.

Existe rotina de hidratação a todos os utentes, em horários específicos, definidos pelo departamento de enfermagem, assim como, diariamente, é fornecida uma garrafa de água no quarto.

### *Atividades*

---

Mas, mais do que analisar os serviços da instituição, importa perceber o nível de participação dos idosos nas atividades e que, numa rápida análise, podemos observar como limitativa, ou como diria Goffman, “constrangedora de liberdade e da gestão de vida”, pois se alguns idosos sugerem e propõem atividades, as mesmas são definidas e quase sempre impostas.

A Animação reveste crucial importância para que o idoso encare o envelhecimento como um processo natural, de forma positiva e adequada, e reconheça a necessidade da manutenção das atividades físicas e mentais.

No caso dos lares de idosos, esta (animação) adota um papel de extrema importância na construção de um envelhecimento ativo, através da manutenção das capacidades cognitivas e funcionais, assim como possibilitando a participação em atividades e na própria dinâmica do Lar. Contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, através da criação de contextos adequados aos seus residentes facilitando uma adaptação ao meio.

Apesar da crescente dependência e agravamento do estado de saúde geral dos idosos, as atividades que continuam a ser mais participadas são os ateliers, alguns dos quais dinamizados com o apoio dos voluntários, seguindo-se das atividades de foro espiritual (missa semanal, terço diário, entre outros) e a ginástica que, continua a ser das mais solicitadas pelos próprios, como uma necessidade de contrariar os efeitos do envelhecimento.

Nas atividades de exterior, verifica-se uma baixa participação, tal prende-se com a questão do transporte (7 lugares) e limitações do mesmo (realiza outros serviços), caso contrário os índices de participação seriam, porventura, os mais elevados. Algumas das atividades são realizadas com transportes da Autarquia, pese embora, com custos associados e imputados aos idosos, situação que não é recorrente em ipss's, contudo, assim entendida pelos órgãos de administração.

Em contrapartida, nas atividades de estimulação da motricidade fina (costura, expressão plástica, etc.) verificou-se um decréscimo da participação, dado o aumento do grau de dependência das pessoas idosas e dificuldade crescente na execução dessas atividades.

Realça-se ainda a realização da atividade de hidroterapia que se mostrou muito benéfica, não só em termos de atividade física, como em termos de socialização e promoção do envelhecimento ativo. Contudo, observou-se que apenas 3 idosos participavam e que durante esse período, na ausência da Animadora, o restante grupo mantinha-se sem atividade definida. Não obstante toda a planificação e trabalho desenvolvidos na promoção da participação, autonomia e qualidade de vida, o trilho a percorrer ainda é longo nesta Instituição.

Do que foi dado a observar, nem todos os idosos participam, sujeitando-se a uma inatividade e adormecimento que nem sempre é reconhecido ou tido como esforço da Animadora.

As sessões de ginástica, apesar de previstas semanalmente, nem sempre se realizam e quando são dinamizadas, promovem pouca mobilidade, já que são com os idosos sentados. Os materiais de ginástica são subaproveitados e pouco dinâmicos.

O atelier de canto decorre muito esporadicamente, porque obriga à deslocação para outra sala e, concomitantemente, condena o restante grupo à ausência de atividade. Os jardins e espaços verdes raramente são aproveitados.

Existem também outras atividades externas e pontuais (câmara, biblioteca, instituições) que fomentam as saídas e o interesse de todos, mas apenas participam alguns, selecionados pela Animadora e que apesar de ir alternando os participantes, gera sempre alguma desilusão e desânimo nos utentes.

Estes dados fazem-nos questionar se estarão as atividades a corresponder aos gostos e preferências de todos os idosos e se os profissionais se encontrarão aptos para lidar com a diversidade, motivando continuamente os seus idosos para atividades promotoras do bem estar. Por sua vez, interessa avaliar se as atividades não serão repetidas, rotineiras, desmotivando a participação dos idosos.

A maioria das instituições está centrada nos cuidados de higiene, saúde e alimentação, esquecendo, muitas vezes, a importância de se apostar também na saúde mental para o bem-estar das pessoas idosas, e no impacto que este trabalho pode ter a outros níveis de saúde.

É urgente mudar o paradigma, apostando em mudanças nas instituições que acolhem estas pessoas. Sabe-se que profissionais qualificados, profissionais com competência relacional para tratar as pessoas com demência, previnem em as reações secundárias, que são a agitação e a agressividade. E que é possível, sem medicamentos, melhorar muito a qualidade de vida destas pessoas se, quem estiver com elas, souber estar, o que faz com que a formação seja uma peça fundamental. Se não fizermos isto, há muita gente a receber prestar cuidados inadequados. É na construção e reconstrução das configurações de cuidados baseada na interação entre profissionais, a pessoa e possíveis cuidadores que pode emergir uma nova geração de cuidados. (Jacob, 2007).

Tal como referido anteriormente, para a OMS o envelhecimento ativo consiste no “*processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem*” (WHO, 2002, p. 12).

Uma vez que a saúde mental é parte integrante de um processo de envelhecimento saudável e ativo, é importante ter em atenção estes fatores, de modo a contrariá-los devidamente para o estabelecimento de relações saudáveis com os idosos e para lhes proporcionar condições institucionais favoráveis a um envelhecimento ativo.

A Animação adota um papel de extrema importância na construção de um envelhecimento ativo, através da manutenção das capacidades cognitivas e funcionais, assim como possibilitando a participação em atividades (internas e externas) e na própria dinâmica da instituição (pequenas tarefas diárias como p.e. colocar a mesa, apoio na lavandaria, apoio na portaria), contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, através da criação de contextos adequados aos seus residentes facilitando uma adaptação ao meio.

O facto de se encontrarem ocupadas com atividades prazerosas e, sobretudo, úteis permitirá, não só, fomentar a sensação de bem-estar individual, assim como a coesão grupal. Promover atividades que visem a manutenção das capacidades físicas dos residentes, assim como o seu bem-estar psicológico, serão pois fundamentais e um aspeto a refletir no futuro.

No caso dos idosos institucionalizados, estes têm um autoconceito mais baixo do que os idosos que vivem em casa própria Palhoto (1997). Quando o idoso é confrontado com a sua institucionalização, ele tem que se redefinir, podendo ficar deprimido – o idoso sofre uma deterioração psicológica, acompanhada por sentimentos de abandono por parte da família, mesmo que estes não sejam reais.

A aluna já pode presenciar situações em que a pessoa é institucionalizada contra a sua vontade, sendo rapidamente associada esta situação ao desenvolvimento de um quadro depressivo que, em casos extremos, culminam na morte.

A transição de um modo de vida independente – na comunidade - para um modo de vida dependente – numa instituição - coloca em jogo a resistência de qualquer pessoa, uma vez que implica a passagem de um ser autónomo e livre para um ser institucionalizado, que pode ter de abdicar dos seus objetivos e gostos pessoais para adaptar-se a uma situação que gostaria de ter evitado.

A qualidade de vida da pessoa idosa numa instituição depende destes fatores assim como de um acompanhamento cuidado e eficiente por parte dos cuidadores das instituições que os acolhem. Acompanhamento que só se consegue através de uma formação cuidada e regular por parte dos profissionais.

A participação ativa das pessoas idosas na gestão corrente da instituição, a cooperação em atividades de rotina diária (ajudar no refeitório, na lavandaria, etc.) e o contato com o auxiliar/cuidador, que deve ser atencioso, cuidadoso e amável, é por isso o garante do sucesso de qualquer programa de acolhimento, qualquer plano de cuidados e qualquer plano individual.

Sendo o grande objetivo, com a animação de idosos, a promoção da qualidade de vida, as conclusões que se podem retirar são que a qualidade de vida do idoso, institucionalizado ou não (ou beneficiário de qualquer uma das respostas sociais), depende em grande medida da sua autonomia para executar as atividades do dia-a-dia, da manutenção das suas relações sociais (familiar e/ou com o exterior regular), possuir recursos económicos suficientes, e realizar atividades lúdicas, recreativas e culturais de forma regular.

## 2.10. *As Interações entre atores institucionais*

No que diz respeito à vivência e interações que decorrem na instituição, torna-se crucial analisar as relações estabelecidas entre técnicos e utentes, no sentido de perceber se efetivamente assentam no envelhecimento bem sucedido dos seus utentes. E isto é curioso observar não só ao nível da relação técnicos-utentes, como auxiliares-utentes, como técnicos-auxiliares, na comunicação entre os diversos atores, nas várias atividades e os vínculos.

Por via da observação direta é possível aferir uma panóplia de relações que raramente são profundas, tendentes mais ao isolamento, pois como nos refere Guedes (2012:215), nem sempre é fácil a convivência de pessoas de procedências e histórias de vida distintas, com, estados de saúde e níveis de dependência física e mental diferenciados, com graus de adaptação à vida institucional muito variados.

Já se abordou o fato dos cuidadores se centrarem nos cuidados, o que associado à escassez de tempo, condiciona a possibilidade de centrarem os cuidados na pessoa e não na tarefa.

Por sua vez, os familiares podem ter um papel decisivo sendo fundamental promover estas relações, seja por via do fornecimento de informações do idoso, seja incentivando e convidando a família a participar mais na vida do idoso na instituição e minimizar o impacto desta.

A frequência dos contatos com a família (“representativos”) e redes sociais anteriores à admissão é fundamental no reforço da individualidade de cada pessoa, preservando a sua identidade pessoal e social.

No contexto em análise, é perceptível que há um afastamento progressivo destas interações, apesar dos horários não serem rígidos e se ajustarem às necessidades particulares de cada família. Mas nem sempre esta flexibilidade é sinónimo de maior número de visitas e interações familiares.

Como refere Sousa, Figueiredo e Cerqueira “*independentemente de se ter disponibilidade e vontade para se cuidar dos pais, essa tarefa depende em muito, da relação anteriormente estabelecida e do processo de reciprocidade adotado. Será a qualidade desse compromisso que ditará o comportamento futuro em relação aos idosos e não a quantidade de contato que se tem*”. (2004:155).

Efetivamente muitos idosos acabam por revelar o seu desejo em viver com os filhos ou familiares próximos.

*A D. Benedita passa os dias a perguntar se o filho já telefonou, ou se já veio ao lar pagar...na esperança de o ver...Numa procura insaciável de poder ver o filho, desloca-se*

várias vezes à secretária, realiza contato telefónico para ouvir a voz do filho e este passa o telefone à secretária, que constrangida, explica que o seu filho está ocupado não podendo falar com ela, mas que está tudo bem... “Eu queria ver o meu filho, mas ele não pode...”. BC Casos há de sucesso e estes são sempre lembrados, mas exceções.

A perda gradativa de funções físicas e psicológicas, as situações demenciais que dificultam a interação familiar, tendem a promover o afastamento da rede familiar, sendo muito difícil as famílias conseguirem acompanhar e lidar com as situações.

É na construção e reconstrução das configurações de cuidados baseada na interação entre profissionais, a pessoa e possíveis cuidadores que pode emergir uma nova geração de cuidados.

À medida que se envelhece, vai-se pertencendo cada vez mais ao passado. Toda a rede de solidariedade tecida durante a vida, no seio familiar, no círculo de amigos e antigos companheiros de trabalho, lazer, de atividades culturais, políticas ou até mesmo religiosas, transforma-se apenas em lembranças que, no melhor dos casos, será alimentada por espaçadas visitas, não restando outra alternativa do que o isolamento, a solidão e as recordações. Vai-se pertencendo cada vez mais ao passado e é, talvez, por isso que os idosos gostam e necessitam de voltar aos factos relevantes há muito vividos. A rememoração permite reconstruir a pessoa, favorece o sentimento de identidade e de continuidade com o seu passado. O idoso precisa de se sentir reconhecido por si próprio e por quem o escuta.

A institucionalização é um acontecimento que marca a trajetória de uma vida. Muitas vezes isto acontece de forma brusca, quando os familiares dos idosos assim o decidem. Outras vezes, ocorre através de negociação, quando os idosos não querem ser um fardo para os familiares, ou porque estes não lhes podem, de facto, prestar a ajuda de que necessitam.

Nos lares, por vezes, discute-se sobre os familiares que os visitam. Faz-se mesmo, por vezes, contabilidade de quem tem mais apoio dos filhos. De quem tem mais visitas. Muitos têm vergonha ao reconhecer a sua situação de abandono familiar. Outros vitimizam-se ou tentam obter prestígio por não quererem ser um “fardo” para os familiares. No entanto, o “fardo” é carregado pelos idosos ao darem-se conta da rutura com a sua vida passada; da falta de sentimento de utilidade e do seu debilitamento físico ou isolamento social.

Muitas vezes, as ligações com a família fazem-se à distância, tendo o telefone, para quem ainda o consegue escutar, um papel fundamental. Alguns idosos sabem bem que poderiam ser visitados com mais assiduidade pelos filhos, ou que estes lhes pudessem telefonar mais vezes. Contudo, se se queixam disso, poderão estar a alimentar tensões desnecessárias que mais depressa os levariam ao abandono. Nos lares há quem combata a solidão rezando, pois o

pensamento reconstrói-se e o futuro afigura-se como possível e melhor. A fé e a oração podem ser grandes consolos e a devoção pode ser invocada como distração, mas há também quem a transforme em obrigação que se cumpre religiosamente. Outros utentes prendem-se à televisão cujos apresentadores acabam por ser como que a própria família: dão-lhes notícias, novidades e imagens coloridas, fazendo-os esquecer o mundo presente e a solidão interior em que vivem.

Muitos idosos sonham morrer na sua própria casa com a família por perto. Quando antes se esperava pelo apoio dos filhos na velhice, agora desespera-se. O que antes era um dever dos filhos é agora uma eleição. Os nossos idosos receiam ficar dependentes e têm medo de ser rejeitados. Não querem perder a sua dignidade. Em contrapartida, os filhos, ansiosos, temem que o que fazem fique aquém do que deviam fazer.

Na instituição observada, também os dias dos idosos são preenchidos por momentos de oração, queixumes de doença, partilha de queixumes, mas também por momentos de silêncio e de profunda solidão. Os idosos refugiam-se na solidão, observando a sua existência entre um passado que já não existe, para além da nostalgia, e um futuro que acaba por ser a negação da própria alegria (Vieira e Cozinheiro, 2008)<sup>62</sup>, que emerge com a falta de projetos de vida (Pimentel, 2004<sup>63</sup>; Vieira, 2009)<sup>64</sup>.

O que os idosos mais desejam é um tempo de companhia, atenção e carinho, mas, por vezes, a solidão e o silêncio que preenchem os seus dias condena-os à depressão e o isolamento, sendo esses vazios preenchidos, por vezes, por pensamentos negativos como por exemplo o desejo da própria morte.

Recordo bem a D. Maria, que atingiu quase 100 anos e dizia, neste caso com um discurso muito assertivo: *“Oh menina, eu tenho quase um século... já não estou aqui a fazer nada. Eu já não aguento as dores nas pernas. Já está na hora de eu me ir embora”*. MC

Finalmente, nem todos os idosos subjetivam da mesma forma as condições objetivas das suas vidas (Vieira, 2008)<sup>65</sup>. As diferentes trajetórias de vida constroem em cada idoso diferentes *resiliências e diferentes ideais de vida e qualidade de vida, sendo que as condições objetivas são apenas parte do ingrediente do envelhecimento ativo e dessa qualidade de vida à medida de cada idoso, idoso que urge conhecer e cuidar de forma holista.*

---

<sup>62</sup> VIEIRA, Ricardo e COZINHEIRO, Sofia (2008). “A entrevista biográfica na(re)construção de cinco histórias de ser e se tornar idoso(a)”, in CRUZ, Fernando (Org.) *Atas do III Congresso Internacional de Etnografia*, Cabeceiras de Basto: AGIR, DVD – ISBN 978-989-8170-00-2

<sup>63</sup> PIMENTEL, Luísa (2004). *O Idoso e a Família: Vidas com Projetos*, Futurando nº 11/12/13, Dezembro.

<sup>64</sup> VIEIRA, Ricardo (2009). *Identidades Pessoais*, Lisboa: Colibri.

<sup>65</sup> VIEIRA, Ricardo (2008). “As histórias de vida como instrumento de investigação e (auto)formação de professores, imigrantes e idosos”, in PASSEGGI, M.C. e SOUZA, E. (Org.) (2008). *(Auto)Biografia: Formação, Territórios e Saberes*, Natal /RN: EDUFRN e Paulus.

Ora, muito existe por fazer, desde logo, investir verdadeiramente na formação e informação de profissionais que trabalham diretamente com a população idosa, por forma a estes prestarem um serviço diferenciador, fazendo jus à cabal relevância da senioridade.

Apostar em campanhas de sensibilização de âmbito transversal (medicina, educação, intervenção social) suficientemente apelativas de modo a irromper na sociedade civil atitudes mais justas, mais solidárias e mais inclusivas.

Apelar junto do poder político-administrativo (macro e micro) para a consciência do fazer mais e melhor segundo os princípios éticos no trabalho com idosos, sob pena de serem cometidos erros, nalguns casos, irreversíveis.

Por último e não menos importante, urge elogiar as boas práticas levadas a cabo junto da população idosa, pois são estas que humanizam os serviços prestados tantas vezes negligenciados e considerados menores.

### *3. Do diagnóstico de necessidades às prioridades de intervenção*

Para que esta análise seja realizada de forma credível, tem de ser realizada com recurso a mecanismos que evidenciem os fatores críticos de sucesso e insucesso na organização, no seu ambiente externo e por outro lado a análise das competências e recursos disponíveis no seu ambiente interno. No entanto, esta análise não poderá ser realizada com base em ideias avulsas, caso contrário, cai no perigo de se tornar um conjunto de boas intenções infundadas (Serra et al., 2010: 164)<sup>66</sup>.

Consideramos pertinente realizar uma análise swot conforme se apresenta de seguida, construída durante a fase de diagnóstico e destacando alguns indicadores que nos permitirão enunciar potenciais dimensões de intervenção.

---

<sup>66</sup> SERRA, Fernando Ribeiro [et al.] - *Gestão estratégica : conceitos e prática*. Lisboa : LIDEL, 2010.

Tabela 2 - Análise SWOT e oportunidades de intervenção

Dimensões	Pontos Fortes	Pontos Fracos	Oportunidades de Intervenção
<b>Características físicas e arquitetónicas</b>	<p>Favoráveis à mobilidade dos residentes</p> <p>Segurança (alarmes, escadas de emergência, superfícies antiderrapantes)</p> <p>Espaços destinados aos vários serviços (cozinha, refeitório, espaços de atividades, espaços para receber famílias, espaços individuais, sala de enfermagem)</p> <p>Conforto e limpeza</p> <p>Comodidade física (espaços amplos, ajustados a cadeiras de rodas, corrimões em todos os espaços)</p> <p>Mobiliário e recursos adaptados</p>	<p>Ausência de mecanismos de controle de saídas de residentes</p> <p>Localização periférica da cidade</p> <p>Sem transportes públicos para o centro da cidade</p> <p>Ausência de participação das pessoas idosas na decoração</p>	<p>Criação de sistema de controlo de entradas e saídas do edifício 24h/dia</p> <p>Promover <b>transporte regular com minicircuito</b> e com acompanhamento em saídas e diligências das pessoas idosas (banco, ctt, notário, café) recorrendo a programas de voluntariado intergeracional (jovens em estágios, adultos, idosos)</p> <p>Criação do Grupo Venha tomar café connosco</p>
<b>Organização e funcionamento</b>	<p>Cumpra as normas da qualidade dos manuais da Segurança Social</p> <p>Condições de entrada (não se encontra exigida capacidade funcional para efeitos de admissão)</p> <p>Não-aceitação de comportamentos agressivos, antissociais e que perturbam a convivência entre residentes</p>	<p>Sem certificação das respostas por parte das entidades competentes</p> <p>Informação transmitida ao utente é limitada e pontual</p> <p>Regulamento interno apesar de cedido e referenciado não é objeto de participação das pessoas idosas</p> <p>Política organizacional pouco flexível, não promove a autonomia e oportunidades de escolha das pessoas idosas</p> <p>Escuta ativa dos familiares na tomada de decisões ignorando a pessoa idosa</p>	<p>Certificação das respostas de acordo com os MQSS</p>
<b>Tomada de decisões</b>	<p>Levantamento pontual das preferências alimentares dos idosos</p>	<p>Idosos sem autonomia de decisão, decisões rígidas e definidas pelo órgão de gestão</p> <p>Não participação na planificação do quotidiano (organização de festas e eventos, atividades de boas vindas, ementas semanais)</p> <p>Horários pré definidos (domínio sobre a vida dos residentes)</p> <p>Pouco investimento na manutenção de laços vivos com o exterior (redes sociais)</p> <p>Inexistência de participação na decoração de espaços (personalização apenas com fotos)</p> <p>Pouca autonomia da pessoa na apresentação e vestuário</p>	<p>Criação do <b>Grupo de boas vindas</b> a novos residentes</p> <p>Criação do <b>Provedor do residente</b></p> <p><b>Criar um Conselho de residentes</b> (espaço de partilha de opiniões, sugestões) promovendo a participação social, ações de esclarecimento diversas, tendo em vista ouvir os interesses e hábitos dos residentes de forma a conseguir a manutenção das vivências familiares (horários, visitas, saídas)</p> <p><b>Promover o autocuidado ativo</b></p> <p><b>Criação de Grupo “saúde.qb”</b> (preferência de ementas e sugestões)</p>

<p><b>Caraterísticas dos residentes</b></p>	<p>Oriundos na sua maioria da mesma zona geográfica Elevada participação em cultos religiosos (missa, terço)</p>	<p>Percurso sócio profissionais e escolares pouco qualificados Baixos recursos económicos (reformas) e elevada dependência dos filhos/familiares Baixa participação em atividades socioculturais Representações sociais negativas sobre o envelhecimento (si mesmo) Redes de apoio limitadas, fragilizadas e pouco presentes Situação de grande vulnerabilidade à depressão (maioria mulheres recentemente viúvas) Elevado índice de dependência Ausência de hábitos que promovam a atividade física, para além do trabalho Residentes pouco se conhecem e interagem</p>	<p><b>Apoio dos residentes aos diversos setores de atividade mediante a sua preferência</b> (refeitório, cozinha, lavandaria, secretaria, enfermagem) <b>Espaço Conversas de Gente Crescida</b> (histórias de vida, reflexões sobre o envelhecimento) Criação de um <b>Grupo Multifamiliar</b> de apoio aos cuidadores informais (internos e externos), para partilha de aprendizagens, experiências e estratégias para melhor lidar com o seu familiar e ainda para participação ativa na definição da política institucional</p>
<p><b>Serviços Prestados</b> (cuidados de saúde, higiene, alimentação, tratamento de roupas, alojamento, limpeza de espaços)</p>	<p>Serviços de enfermagem e médicos com resultados positivos e satisfação junto dos residentes Estabilização dos estados de saúde</p>	<p>Qualidade de serviços por vezes comprometida com escassez de recursos humanos e tendencialmente direcionada para a resposta a necessidades básicas Baixo nível de especialização dos recursos face aos serviços prestados</p>	<p>Criação de Grupo de Apoio especializado e individualizado na área de <b>Neuropsicologia</b> (programa com jogos e atividades de estimulação cognitiva e de psicoterapia positiva) e da <b>Reabilitação motora/ funcional</b></p>
<p><b>Atividades Quotidianas e sócio recreativas</b></p>	<p>Participação espontânea de alguns residentes em dinâmicas do lar Atividades pontuais de índole intergeracional Atividades pontualmente realizadas no espaço do jardim</p>	<p>Não promovem a socialização Nem sempre ajustadas às necessidades funcionais e cognitivas Pouco potenciadoras da adaptação ao processo de envelhecimento Potenciadoras de algum retraimento, acelerando o processo de envelhecimento Pouca influência dos idosos sobre o quotidiano Atividades tendencialmente grupais não respeitando os desejos individuais Incongruentes com expectativas e desejos</p>	<p><b>Diagnóstico de necessidades</b> Criação de atividades que promovam a interação social entre pessoas idosas e colaboradores: Criação de oficinas criativas de acordo com as competências e preferências das pessoas Criação de práticas desportivas diárias e diferenciadas (hidroginástica, caminhadas, ginástica, dança, entre outros) em função das limitações físicas e cognitivas Atividades de educação para o envelhecimento <b>A Oficina dos sentidos</b> Intervenção grupal com os residentes muito demenciais (palavra, toque, verticalidade...)</p>

<b>Recursos humanos</b>	Cumprimento do rácio mínimo de pessoal Níveis de escolaridade dos auxiliares entre o 9º e o 12º ano	Práticas profissionais pouco centradas na pessoa Profissionais qualificados muito absorvidos por necessidades administrativas Falta de tempo dos cuidadores, centrados nas tarefas Relação tendencialmente instrumental entre colaboradores e residentes Resistência à formação Avaliação de desempenho sem sistema de recompensas associado	<b>Criação de uma equipa multidisciplinar</b> (Assistente Social, Gerontólogo, Neuropsicólogo, enfermeiro, médico) <b>Formação em humanidade</b> dirigida a todos os intervenientes inerentes aos cuidados, profissionais e órgãos de direção/ gestão Promover o envolvimento dos colaboradores na organização, dando voz às suas propostas e necessidades
<b>Clima social</b>	Boa adesão e nível de participação nas reuniões promovidas pela instituição e dirigidas aos familiares	Conflituosidade, retraimento e afastamento entre residentes Distanciamento entre equipa técnica e pessoas idosas	Criação de um <b>grupo multifamiliar</b> de apoio aos cuidadores informais (internos e externos), para partilha de aprendizagens, experiências e estratégias para melhor lidar com o seu familiar e ainda para participação ativa na definição da política institucional
<b>Relação com o exterior e parceiros</b>	Existência de plano de comunicação interno e externo que promove os serviços (website e redes sociais)	Pouca envolvência da comunidade	Abertura das oficinas, das atividades e do grupo familiar à comunidade Estabelecimento de <b>parcerias</b> que efetivamente potenciem a promoção do envelhecimento ativo (piscina municipal, biblioteca, grupos de desporto que possam dinamizar sessões sénior, Câmara na cedência de transporte e circuito adaptado, cineteatro com sessões de cinema em horários ajustados e gratuito, escolas que promovam estágios na área da geriatria e infância, universidades com estágios curriculares)

Conseguimos nesta fase apurar várias conclusões inquietantes: a **estrutura organizacional** pouco contribui para potenciar o bem-estar e o bem envelhecer.

De um modo geral, verificamos que as **políticas de gestão** manifestam baixo nível de exigência relativamente à capacidade funcional dos seus residentes, sendo cada vez mais

proeminente a admissão de idosos em estado avançado de perdas significativas ao nível cognitivo e físico.

Esta circunstância representa um desafio acrescido aos profissionais, induzindo a uma maior rigidez no funcionamento da instituição, pois a par da admissão de residentes que acumulam um conjunto de fragilidades, não se verifica um alargamento e ampliação de recursos materiais e humanos como garantia de cuidados humanizados.

Cumulativamente, é possível aferir que o *funcionamento institucional* exerce uma forte regulação e controlo sobre os seus utentes, privando-os do poder de decisão, autonomia e possibilidades de opção sobre as suas próprias vidas, remetendo-nos para a perspetiva de Goffman de instituição total e a separação claramente existente entre dirigentes e dirigidos.

De uma forma genérica, constatamos que não é a instituição que se permite ajustar e dar continuidade às rotinas e hábitos que as pessoas foram tendo ao longo das suas vidas. Este fato remete-nos para a perspetiva de Goffman de “instituição total”, a qual evidencia uma separação clara entre o mundo dos dirigentes e o mundo dos internados. De uma forma genérica, constatamos que não é a instituição que se permite ajustar e dar continuidade às rotinas e hábitos que as pessoas foram adquirindo ao longo das suas vida mas antes, são estas quem têm de se adaptar aos modos de funcionamento da instituição pré estabelecidos, sejam horários de refeições, seja hora limite de entrada no lar à noite, seja a decoração com a sua própria mobília. Todas as decisões relativas à organização de atividades, ementas, horários, visitas, alteração de quartos, decoração de quartos, são definidas pela direção, e apenas pontualmente ouvidas as opiniões e pedidos dos utentes. Constatamos que as pessoas idosas são assim sujeitas a um tratamento coletivo, pouco respeitador da sua individualidade, privacidade ou intimidade e identidade.

Contudo, no que respeita aos serviços disponibilizados a posição é mais favorável, ainda que se possa aferir que os serviços de saúde se revestem de uma avaliação amplamente positiva. É no plano das atividades socio recreativas, nomeadamente as relacionadas com a promoção da participação, decisão e mobilidade dos idosos (dentro e fora da instituição), que subsiste outro constrangimento.

Um dos grandes desafios que se coloca aos profissionais será pois providenciar às pessoas condições e oportunidades que reforcem a sua capacidade de decisão e iniciativa (empowerment) assumindo um papel de defesa (advocacy) do idoso na instituição.

A conjuntura económica é realçada como uma ameaça, assim como a elevada dependência das participações do Estado e o surgimento de novos concorrentes.

Curiosamente, o envelhecimento populacional e a sobrecarga existente na Rede Nacional de Cuidados Continuados poderão constituir uma oportunidade, visto que, não existindo possibilidade de manter os seus familiares com este tipo de cuidados e a família não possuir condições em casa para a sua estadia, a possibilidade será recorrer a estruturas residenciais.

Relativamente aos pontos fracos apontados, destacam-se a “pouca envolvência da comunidade” na instituição referida.

No que diz respeito aos pontos fortes, realça-se a recente edificação da instituição, com condições arquitetónicas, físicas e ambientais excelentes e o cumprimento (níveis B e C) do Manual de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais da Segurança Social para todas as respostas sociais, embora ainda sem certificação. Este requisito desempenha um papel importante nas decisões de escolha das pessoas. Constatou-se que a forma como a instituição é atualmente percecionada pelos consumidores é a desejada, realçando a qualidade dos serviços prestados.

Como pontos fracos, a destacar a política institucional rígida e pouco flexível, a ausência de certificação de respostas e o rácio de recursos humanos face às problemáticas cada vez mais complexas e exigindo cuidados mais individualizados.

Para Serrano (2008), detetadas as necessidades, torna-se crucial estabelecer prioridades, pois dado que são vastas, nunca será possível contar com tempo e recursos para as poder suprir todas. Assim, atendendo a critérios como relevância/ gravidade, imediatez, eficácia, responsabilidade, interesse/ motivação e expectativas dos próprios idosos como fonte potencial de energias de mudança na definição de prioridades (Juste 1992 citado por Serrano, 2008, p.33), consideramos pertinente e prioritário elaborar um **plano de ação dirigido para os cuidadores e dirigentes, utilizando a filosofia Humanidade como ferramenta de trabalho.**

## **Capítulo IV**

### **Projeto de intervenção**

---

No capítulo anterior procedeu-se à identificação das principais fragilidades e considerações decorrentes de uma análise swot. Conseguimos apurar várias conclusões inquietantes: a estrutura organizacional que pouco contribuía para potenciar o bem-estar e o bem envelhecer. De um modo geral, verificamos que as políticas de gestão manifestavam baixo nível de exigência relativamente à capacidade funcional dos seus residentes, sendo cada vez mais proeminente a admissão de idosos em estado avançado de perdas significativas ao nível cognitivo e físico. Esta circunstância representa um desafio acrescido aos profissionais, induzindo a uma maior rigidez no funcionamento da instituição, pois a par da admissão de residentes que acumulam um conjunto de fragilidades, não se verifica um alargamento e ampliação de recursos na garantia de cuidados humanizados, bem-estar e envelhecimento bem-sucedido.

Relativamente às características físicas da instituição, foi evidente a dificuldade no acesso das pessoas idosas ao exterior, atendendo por um lado ao fato de se situar numa zona periférica da cidade e, por outro lado, associado à inexistência de recursos para o conseguir realizar de forma regular. Consideramos que a criação de um minicircuito com um minibus poderá suprir essa fragilidade, permitindo a participação ativa dos residentes na manutenção das suas redes sociais. Por outro lado, a necessidade de acompanhamento das pessoas neste minicircuito poderá potenciar outras redes de sociabilização que cremos serem exequíveis, através de grupos organizados de voluntariado intergeracional, que permitam assegurar o próprio circuito e cada pessoa idosa nas suas saídas ao exterior.

Cumulativamente, foi possível aferir que o funcionamento institucional exerce uma forte regulação e controlo sobre os seus utentes, privando-os do poder de decisão, autonomia e possibilidades de opção sobre as suas próprias vidas, remetendo-nos para a perspetiva de Goffman de instituição total e a separação claramente existente entre dirigentes e pessoas idosas. De uma forma genérica, apurámos que não é a instituição que se permite ajustar e dar continuidade às rotinas e hábitos que as pessoas foram adquirindo ao longo das suas vida, mas antes, são estas quem têm de se adaptar aos modos de funcionamento da instituição pré estabelecidos, sejam horários de refeições, seja hora limite de entrada no lar à noite, seja a decoração com a sua própria mobília. Todas as decisões relativas à organização de atividades, ementas, horários, visitas, alteração de quartos, decoração de quartos, são definidas pela direção, e apenas pontualmente ouvidas as opiniões e pedidos dos utentes. Constatámos que as pessoas idosas são assim sujeitas a um tratamento coletivo, pouco respeitador da sua individualidade, privacidade ou intimidade e identidade. Observamos que esta seria sem dúvida uma das prioridades de intervenção, sendo que todas as atividades se deveriam

direcionar no sentido antagónico, incentivando a decisão e a tomada de decisões por parte dos residentes no funcionamento e nas atividades quotidianas da instituição. O Conselho de Residentes, a figura do Provedor de Residentes, o Grupo de Boas Vindas revestem-se de um indicador forte nessa mudança e na participação das pessoas idosas na gestão dos seus projetos de vida quando da institucionalização.

No que respeita aos serviços disponibilizados na instituição a posição foi mais favorável, contudo, ainda que se pudesse aferir que os serviços de saúde se revestiam de uma avaliação amplamente positiva, foi no plano das atividades socio recreativas, nomeadamente as relacionadas com a promoção da participação, decisão e mobilidade dos idosos (dentro e fora da instituição), que subsistia outro constrangimento.

Conseguimos depreender que os diagnósticos e planos individuais careciam de especial cuidado, sendo notória que a qualidade de serviços era, por vezes, comprometida com a escassez de recursos humanos - tendencialmente direcionada para a resposta a necessidades básicas, associada ao baixo nível de especialização dos recursos face aos serviços prestados, denotando-se grande dificuldade em se inverter esta dinâmica. A Criação do Grupo de Apoio individualizado na área de Neuropsicologia e de Reabilitação motora/ física em paralelo com a formação de uma equipa multidisciplinar e fundamentada nos princípios e metodologia de Humanidade poderão potenciar grandes mudanças e obter resultados muito significativos na promoção de qualidade dos cuidados. Esta ferramenta promove o respeito pela pessoa cuidada, enfatiza técnicas que profissionalizam e facilitam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, favorecendo o estabelecimento de uma verdadeira relação de confiança, promotora do bem-estar da pessoa cuidada e do cuidador.

Concludentemente, subsistia outro constrangimento no plano das atividades socio recreativas, nomeadamente as relacionadas com a promoção da participação, decisão e mobilidade dos idosos. Um dos grandes desafios que se coloca à intervenção será o de providenciar às pessoas idosas condições e oportunidades que reforcem a sua capacidade de decisão e iniciativa (empowerment), o que cremos ser alcançável com a criação de Oficinas Criativas e dos Grupos “Somos Gente Crescida” e “Saúde.com”.

Por fim, verificámos que ao deixar a vida ativa, a pessoa idosa sente cada vez mais que tem menor valor, desenvolvendo sentimentos de solidão e inutilidade face à sociedade e à família. Consideramos que uma das grandes apostas de intervenção passará pela promoção de relações de proximidade com a comunidade, sobretudo com as redes de socialização anteriores à institucionalização. A abertura das Oficinas à comunidade, a envolvência das famílias e

participação destas e demais redes de sociabilidade, nos projetos de vida da pessoa idosa poderão promover melhor qualidade de vida desta população.

## Programa 1

### *Promoção do voluntariado e reforço da ligação comunitária*

---

#### **Fundamentação**

Uma das principais marcas do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão do indivíduo idoso numa instituição. É uma realidade vivida pelas pessoas idosas por motivos de vária ordem, não encontram dentro da família e da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.

A institucionalização é entendida como um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência. Por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional. Cardão (2009:11)<sup>67</sup>.

Observamos durante o enquadramento teórico que o sentimento de perda que o idoso vivência com o processo de institucionalização vai sem dúvida afetar a sua personalidade. A perda da sua intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade de decisões pessoais, da estimulação intelectual e da privação espiritual levam a uma perda de segurança e de valores pessoais.

Sendo assim, qualquer que seja o ambiente institucional, a entrada neste ambiente é sempre angustiante para o idoso. Uma adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só da sua personalidade e da forma como foi envelhecendo, como também de fatores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional.

Aspetos do ambiente como localização do lar, organização interna, normas de funcionamento, e qualidade dos serviços foram observados como tendo dificultado o processo de transição e adaptação ao lar. Tratando-se de uma zona periférica, há escassez de transportes públicos entre as várias localidades, condicionando a deslocação das pessoas que não têm transporte próprio ou que não o podem utilizar. A alternativa é utilizar transporte da instituição quando possível mas, não pode ser utilizado por todos e nem com a frequência ideal.

Existe assim, a necessidade de fortificar as relações sociais quer no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente. Principalmente com o exterior, como uma forma de abertura à realidade da vida social ou mesmo a manutenção destas relações.

---

<sup>67</sup> CARDÃO, Sandra (2009) – O Idoso Institucionalizado, Coisas de Ler, Lisboa.

Este programa nasce exatamente dessa procura incessante de conservar um sentimento de utilidade social e de valor, enquanto pessoa com experiências de vida e saberes próprios, por via da implicação na vida da comunidade residencial e da vida social em geral.

Relativamente aos serviços disponibilizados pelos lares de idosos, os nossos dados demonstram claramente que os lares de idosos estão preocupados com os cuidados de saúde, uma vez que é apontada a existência de enfermeiros e médicos na generalidade das nossas instituições, assim como é notória a satisfação dos residentes para com este serviço. No entanto, merece a nossa reflexão a ausência de alguns serviços, assim como o modo como são oferecidos outros, que consideramos vitais para a vivência integral da pessoa idosa.

Apesar de ser referido no diagnóstico institucional a realização com regularidade da atividade ocupacional, não encontramos nenhuma referência a outro profissional (como gerontólogo, psicológico, outro) e que poderiam prestar apoio na mediação dos conflitos internos, na estimulação cognitiva às pessoas idosas com sintomas de doença ou perturbação mental, na reabilitação motora/física retardando índices de dependência, entre outros.

A incorporação das equipas multidisciplinares, na fomentação de programas de apoio às pessoas idosas e cuidadores, permitiria incluir a saúde mental como uma preocupação pela valorização do cuidado integral da pessoa idosa. A equipa multidisciplinar deverá entender o idoso na sua complexidade e individualidade, consciencializando-se acerca da importância da participação da família na elaboração do plano de cuidados criando momentos de trabalho com os familiares e redes de socialização da pessoa, para que também eles, a par dos idosos e profissionais, participem na definição do plano de cuidados.

As equipas multidisciplinares configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral na área social e da saúde, com o objetivo de aprimorar os serviços a serem prestados e executados.

### **Objetivos gerais**

Promover a manutenção dos laços e frequência de espaços significativos junto das pessoas institucionalizadas, contribuindo para a manutenção sua melhoria da qualidade de vida, para um envelhecimento bem-sucedido e de bem-estar.

## ATIVIDADE 1 - CRIAÇÃO DE GRUPO DE VOLUNTARIADO E PARCERIAS SOBRE RODAS

### Objetivos Específicos:

Ser capaz de desenvolver um programa de Voluntariado e de Parcerias (escola secundária, universidade sénior/, universidade de Aveiro, Rotários, entre outros) que permitam o acompanhamento intergeracional e regular das pessoas idosas institucionalizadas nas saídas ao exterior.

Ser capaz de estimular a participação de estudantes, de pessoas ativas, jovens e outros voluntários no programa.

Ser capaz de desenvolver ações que possibilitem a independência e autonomia dos idosos e, assim, possibilitem uma melhor qualidade de vida desta população mas, sobretudo, um envelhecimento ativo e participado.

## ATIVIDADE 2 - CRIAÇÃO DE UM MINICIRCUITO

### Objetivos Específicos:

Ser capaz de desenvolver junto de entidades locais (Câmara Municipal/ junta de freguesia) um minicircuito, gratuito, com acesso aos principais pontos de referência e interesse dos idosos (café, banco, supermercado, mercado, igreja, cemitério, casa, etc.) e permitir aos residentes a saída ao exterior.

### Metodologia

A implementação do programa e rede de voluntariado cumulativamente ao arranque do minicircuito dependerá da convergência de sinergias locais, assim como dos recursos angariados (voluntários, miniautocarro) e aprovação/ financiamento do programa, que se esperam viáveis.

Atividade	Objetivos específicos	Estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais	Periodicidade e
Criação de um grupo de Voluntariado e Parcerias	Ser capaz de desenvolver um programa de Voluntariado e de Parcerias que permitam o acompanhamento intergeracional e regular das pessoas idosas nas saídas ao exterior. Ser capaz de	Desenvolver ações semanais com grupos alternados (parceiros) e de diferentes faixas etárias, de forma a assegurar o maior número de dias de acompanhamento às pessoas idosas ao exterior. Dessa forma, haverá sempre um adulto,	Pessoas Idosas Parceiros: Escola secundária, Universidad e Sénior/ Universidad e de Aveiro, Rotários, entre outros	Telemóvel Mala 1ºs socorros Minicircuito/ flyer	3/4 Vezes por semana, incluindo o sábado

	<p>estimular a participação de estudantes, de pessoas ativas, jovens e outros voluntários no programa. Ser capaz de desenvolver ações que possibilitem a independência e autonomia dos idosos e, assim, possibilitem uma melhor qualidade de vida desta população mas, sobretudo, um envelhecimento ativo e participado.</p>	<p>jovem, pessoa ativa ou outro a acompanhar a saída das pessoas, promovendo em simultâneo experiências e vivências intergeracionais.</p>			
<p>Criação de minicircuito em minibus</p>	<p>Ser capaz de desenvolver junto de entidades locais um minicircuito com acesso aos principais pontos de referência e interesse dos idosos e permitir aos residentes a saída regular ao exterior.</p>	<p>Desenvolver um minicircuito com uma rota pré definida e de acordo com os principais pontos de referência das pessoas idosas (café, banco, mercado, igreja, cemitério, casa, etc.) permitindo a acessibilidade a pontos de interesse.</p>	<p>CME JF Motorista Voluntários e Parceiros Pessoas Idosas</p>	<p>Minibus Telemóvel Mala 1ºs socorros Minicircuito/fly er</p>	<p>3/4 vezes por semana, incluindo o sábado</p>

## Programa 2

### *Lugar de Vida*

---

#### **Fundamentação**

A institucionalização em lar implica uma tomada de decisão acerca do futuro. Ou seja, de acordo com a experiência dos residentes, o processo de tomada de decisão precede já a própria institucionalização. No entanto, o modo como esta decisão é tomada e o papel e envolvimento do idoso na decisão parecem revestir-se de particular importância para os mesmos. O internamento como resposta típica ou primeira escolha não enfatiza, por si só, os direitos dos idosos, obriga a uma dependência de cuidadores informais, nega a uma opção de escolha adequada sobre a sua assistência pessoal, representando-os como um grupo particularmente vulnerável.

A rigidez das regras de funcionamento observadas não permite aos idosos entrar e sair livremente ao longo do dia, receber visitas fora do horário definido, fazer-se acompanhar de objetos pessoais na entrada para o lar para além dos decorativos. Por sua vez, o corte com a vida construída e vivida durante décadas, a perda de relações interpessoais importantes ou de contacto e interação com lugares, objetos ou situações provocou um sentimento de perda e abandono que dificultou muito a adaptação ao novo contexto e condição de vida. A vivência de sentimentos de isolamento e solidão, perda de identidade, dificuldades de integração e interação com outros residentes, e conflitos com alguns colaboradores constituem-se nas principais dificuldades.

Para Jacob (2007, p. 9), o idoso quando se vê perante a institucionalização, tem que se redefinir (papéis, objetivos), pois passa “de um ser autónomo e livre para um ser institucionalizado, que tem de abdicar dos seus objetivos e gostos pessoais e adaptar-se a uma situação que gostaria de ter evitado”.

A forma como os lares se organizam impede que os idosos tenham controlo sobre a sua própria vida. O facto de não terem possibilidade de tomar uma decisão origina uma perda de sentimento de poder pessoal, alguns autores consideram que as escolhas são substituídas pelas rotinas, já que os residentes não decidem as horas das refeições, o aumento do tempo, o horário do banho, os menus, as atividades de lazer, os companheiros de quarto. Tal realidade coloca em causa a personalidade do indivíduo.

É expectável que as instituições procurem um trabalho de proximidade e trabalhem a manutenção da autonomia das pessoas, busquem envolvê-las nas escolhas e nas decisões, competindo também a cada um participar e tomar uma atitude presente nas rotinas e no

quotidiano. Para que tal seja possível é necessário trabalhar o conceito de empowerment junto do idoso, de forma a desenvolver a emancipação, a iniciativa e a opinião própria, que lhe permitam tomar decisões.

Pinto (2013, p.57) entende que “a participação é uma faceta fundamental do empowerment (...) implica o estar presente e atuante nas várias configurações sociais, ser elemento ouvido e com influência sobre o que se decide e sobre os resultados da decisão. Uma participação que revele a validação e o reconhecimento daquele que participa.”

É necessário que o idoso seja ouvido e que expresse a sua opinião, de forma a participar nas tomadas de decisão.

Se, por um lado, os residentes não tomam iniciativa no que respeita à participação, por outro as instituições também não o permitem devido a regras intransigentes e mesmo quando não assumem essa postura tão rígida, não criam qualquer tipo de mecanismo que estimule a uma postura ativa por parte do idoso no contexto institucional em que está inserido. Nesta conjuntura reforça-se novamente o papel do profissional enquanto promotor de participação, incentivando tanto os residentes como a direção acerca da necessidade de deter uma opinião e de poder tomar decisões.

Como foi possível constatar na primeira parte do presente trabalho de projeto, os idosos vêm a sua participação e o poder na tomada de decisões condicionado, pois nesta organização compete essencialmente à direção e aos funcionários a tomada de decisão sobre questões da vida da organização e das próprias vidas dos utentes. Obviamente que os residentes podem dar a sua opinião e manifestar a sua vontade no que concerne à vivência quotidiana na instituição. Porém, a decisão final é sempre dos órgãos superiores hierárquicos. A direção é a principal responsável na definição de regras às quais os idosos se encontram submetidos, sendo estes obrigados a reger o seu quotidiano pelas mesmas. Existe, evidentemente, alguma tolerância no seu cumprimento. Contudo, estas acabam por colocar alguns entraves ao poder de controlo da sua vida por parte dos idosos e funcionam como linhas orientadoras nas suas atividades e nas suas vivências.

O trabalho junto da direção também é essencial para que seja possível a criação de uma participação ativa dos idosos no funcionamento institucional. É imprescindível consciencializar e informar a direção acerca dos reais problemas e necessidades dos seniores e da importância destes serem membros integrantes e ativos da organização.

As estratégias de ação por nós propostas ressaltam a acuidade da participação e da capacidade de tomada de decisões pelos idosos, dado que são fatores essenciais para assegurar-lhes o sentimento de pertença, de bem-estar e para promover um maior controlo

sobre a vida da instituição e sobre a sua própria vida. O idoso deve ter oportunidade de expressar os seus gostos, opiniões e sugestões e deve participar na tomada de decisão. Contudo, para que tal seja possível é necessário que os profissionais os incentivem a intervir e a participar ativamente no desenvolvimento das diversas atividades, desenvolvendo-as segundo os interesses e as vontades do idoso. Os diversos profissionais devem promover a autonomia, a participação e a capacidade de tomar decisões, concedendo liberdade para que o idoso possa ter controlo sobre o seu quotidiano. Fernández-Ballesteros (2009, p. 160) considera que (...) o controlo pessoal ao longo da vida é uma das condições para o êxito e saúde (tanto física como mental) e é um dos fatores explicativos (...) para a qualidade de vida e bem-estar tanto em idosos que vivem na comunidade como nos idosos que vivem em instituições.

Guedes (2012: 32), segundo a perspectiva de Goffman, lança um conjunto de questões como a responsabilização no investimento e criação de laços fortes, que potenciem o surgimento de um “*sentido de vida em comunidade*”, na criação de mecanismos de ampla participação no quotidiano da instituição, no enriquecimento das experiências dos idosos. Acrescenta que “*para fazer avançar o pensamento e a ação, é necessário conhecer as rotinas institucionais para depois refletir como produzir a mudança*”(ibidem). Fazendo jus a este princípio, passamos a apresentar, em termos gerais, atividades que alcancem essa máxima.

Vieira (1996) afirma que é importante para os idosos estabelecer relações sociais e familiares positivas e conscientes na promoção do bem-estar do idoso, fatores estes que influenciam na qualidade de vida do mesmo.

São as pessoas significativas, os espaços e os objetos, isto é, as vivências e os seus diferentes contextos, que alimentam as relações afetivas de qualquer pessoa, independentemente da sua idade (Paúl, 2005<sup>68</sup>; Pimentel, 2009<sup>69</sup>; Cardão 2009<sup>70</sup>; Vieira 2014<sup>71</sup>). “*Frequentemente, estas relações são o espelho dos percursos de vida. Aquando da institucionalização estes espelhos*

---

<sup>68</sup> Paúl, C. (2005) *Desenvolvimento humano e envelhecimento* In Fonseca, A. M. (2005).Desenvolvimento humano e envelhecimento. (pp.11-12) Lisboa. Climepsi Editores.

<sup>69</sup> Pimentel, L. (2009). *Quando a Solidão está no Meio da Multidão: o Papel dos Assistentes Sociais no Desenvolvimento de Estratégias de Articulação entre Famílias e as Instituições de acolhimento a pessoas idosas*. Intervenção Social, Lisboa, Lusíada, nº 35/2009

<sup>70</sup> Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*, Lisboa, Coisas de Ler

<sup>71</sup> Vieira, R. (2014). *Integração Social na terceira Idade. Ambientes Promotores de Envelhecimento Ativo*, In Azevedo. S. e Correia, F. Educação e Integração Social, 3º Congresso Internacional de Educação Social. Porto: Apses e Fronteira do Caos editora, ISBN 978-8647-30-6., pp. 107-121.

*são quebrados e a organização do tempo, dos recursos e das relações sociais são profundamente transtornados” (Sousa, 2015: 60)<sup>72</sup>.*

A institucionalização significa para o idoso, na maioria das situações, distanciamento da família, perda de liberdade, receio da forma como será tratado, o que leva a que a institucionalização seja sempre acompanhada de sofrimento.

Por sua vez, constatamos na primeira parte do trabalho de projeto que mudança definitiva para uma estrutura residencial é um dos aspetos mais traumáticos da velhice, porque implica rutura e descontinuidade de experiências. Segundo Pimentel (2009, p.243) *“os processos de desvinculação e de rutura trazem frequentemente a solidão, e esta, por sua vez contribui para uma percepção negativa da qualidade de vida”*. Machado Pais (2006) citado por Pimentel (2009) refere que *“a solidão traduz-se num desencontro com o outro, nalguns casos consigo mesmo”* (Pimentel, 2009, p.144). Trata-se de uma experiência essencialmente individual e subjetiva uma vez que cada um a sente ao seu modo e lhe atribui diferentes significados, e que segundo a autora, se prende com a ausência, real ou imaginária, de laços/vínculos que ligam as pessoas aos *“outros”* significativos (Pimentel, 2009). Ainda de acordo com a mesma autora, *“uma pessoa que viva sozinha pode não experimentar qualquer sentimento de solidão e sentir-se completamente integrada nas suas redes relacionais; enquanto que outra que viva com a família ou mesmo em instituição, pode sentir-se completamente excluída de qualquer rede relacional e esquecida pelos que a rodeiam”* Pimentel (2009: 244). Ainda segundo a mesma autora, a solidão e o isolamento social sentido e vivido em contexto institucional, acentuam uma série de perdas ao nível da identidade e da autoestima, e de acordo com Netto (2002), citado por Cardão (2009), quer a solidão quer o isolamento apresentam-se como *“fatores que promovem, muitas vezes, a renúncia da própria vida”*.

O presente trabalho possibilitou-nos aprender um pouco mais acerca do processo do cuidar, levando-nos à reflexão da realidade que muitas vezes apresenta-se como desconhecida pela própria sociedade. A nossa sociedade em geral aponta as instituições como algo degradante, porque nem sempre apresentam condições adequadas para promoverem um envelhecimento com qualidade de vida.

Nos dias de hoje, a institucionalização deverá permitir a integração dos idosos e disponibilizar redes de apoio social, proporcionando-lhes uma satisfação do bem-estar bem como melhor qualidade de vida, não só ao nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como ao nível

---

<sup>72</sup> Sousa, J.G. (2015). *A Intervenção na velhice: novas configurações da cidadania. Novas exigências socioculturais*. In Pereira, J.D., Lopes, M.S., Rodrigues, T.M. (2015). *Animação sociocultural gerontologia educação intergeracional: estratégias e métodos de intervenção para um envelhecimento ativo*. (pp.59-67)

das interações. É fundamental que os idosos se sintam bem na instituição, levando-os a uma autoestima mais elevada, assim como, melhorar a sua interação e a aquisição de papéis.

### **Objetivos gerais**

Impulsionar o empowerment/capacitação das pessoas idosas e seus familiares para que adquiram autonomia e capacidade de participação nas decisões sobre o contexto em que se encontram inseridos, criando condições efetivas para a sua participação e autonomia.

Potenciar o envelhecimento ativo, de bem-estar e qualidade aos residentes e comunidade

### **ATIVIDADE 1 – CRIAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE UM CONSELHO DE RESIDENTES**

#### **Objetivos Específicos:**

Ser capaz de expor a sua opinião, dar sugestões e participar ativamente nas tomadas de decisões e da vida quotidiana

Ser capaz de garantir o acompanhamento de novos residentes, facilitando o seu processo de adaptação e integração

Ser capaz de se fazer representar junto da direção da instituição, participando na definição da política institucional

### **ATIVIDADE 2 – CRIAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE UM GRUPO MULTIFAMILIAR**

#### **Objetivos Específicos:**

Ser capaz de partilhar experiências referentes à institucionalização e ao processo de envelhecimento do seu familiar

Ser capaz de participar, com sugestões e contributos, na definição da política organizativa

Ser capaz de promover um trabalho junto da família, nomeadamente, conseguir a sua participação em diversos momentos/atividades da vida do lar, para que se mantenham presentes na vida do residente, não só como visitantes, alertando-os para a importância da sua participação na definição do plano de cuidados, principalmente quando estamos perante idosos que apresentem algum problema de comprometimento da função cognitiva que coloque em causa a sua participação.

### **ATIVIDADE 3 – OFICINAS CRIATIVAS E DESPORTIVAS PARA TODOS**

#### **Objetivos específicos**

Ser capaz de promover a abertura das Oficinas Criativas e atividades (desportivas) à família e comunidade

Ser capaz de estabelecer redes de parcerias que efetivamente promovam o envolvimento da comunidade na organização

## Metodologia

O programa será desenvolvido em diferentes atividades dirigidas especificamente às pessoas idosas, grupo de cuidadores e comunidade, tendo em vista recuperar redes de socialização e aproximar grupos da comunidade à instituição

Atividade	Objetivos específicos	Estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais	Periodicidade
Criação e Dinamização de um Conselho de Residentes	Ser capaz de expor a sua opinião, dar sugestões e participar ativamente nas tomadas de decisões e da vida quotidiana Ser capaz de garantir o acompanhamento de novos residentes, facilitando o seu processo de adaptação e integração Ser capaz de se fazer representar junto da direção da instituição, participando na definição da política institucional	Desenvolver sessões semanais e dinâmica de grupo em que, através do diálogo, da partilha e da discussão se favoreça a tomada de decisões relativamente a horários, ementas, atividades, saídas ao exterior. Por outro lado, nestas sessões definir-se-á o mediador entre as pessoas idosas e direção através da figura do “Provedor do Idoso”. O Conselho terá a responsabilidade de contribuir para uma adaptação bem-sucedida dos novos residentes no lar.	Pessoas idosas Técnico mediador	Sala Cadeiras Quadro de apoio Caneta Papel	Reuniões semanais (conselho de residentes)
Criação e Dinamização de um Grupo Multifamiliar	Ser capaz de partilhar experiências referentes à institucionalização e ao processo de envelhecimento do seu familiar Ser capaz de participar, com sugestões e contributos, na definição da política organizativa Ser capaz de favorecer a proximidade com o seu familiar e maior envolvimento na sua vida	Desenvolver sessões mensais e dinâmica de grupo em que, através do diálogo, da partilha e da troca de experiências se favoreça a capacidade de resposta dos familiares, mas também se favoreça a participação ativa destes no lar.	Familiares Técnico mediador	Sala Cadeiras Quadro de apoio Caneta Papel	Reuniões mensais
Oficinas Criativas	Ser capaz de promover a abertura	Promover a realização das Oficinas com	Pessoas idosas	Materiais específico	Semanal (em cada

desportivas para todos	das Oficinas Criativas e atividades (desportivas) à família e comunidade  Ser capaz de estabelecer redes de parcerias que efetivamente promovam o envolvimento da comunidade na organização	abertura gratuita à comunidade. Desenvolver junto de parceiros locais a participação ativa convergindo potencialidades e sinergias (ex. recursos) na abertura de oficinas e na prática de desporto	Animadora Comunal e Parceiros	s de acordo com a Oficina a desenvolver	semana um parceiro disponibiliza o espaço e o monitor)
Criação do Grupo Multifamiliar	Ser capaz de promover um trabalho junto da família e entre famílias	Promover a participação ativa dos familiares na definição da política institucional Conseguir a sua participação em diversos momentos/atividades da vida do lar, para que se mantenham presentes na vida do residente, não só como visitantes, alertando-os para a importância da sua participação na definição do plano de cuidados, principalmente quando estamos perante idosos que apresentem algum problema de comprometimento da função cognitiva que coloque em causa a sua participação	Familiares Mediador	Sala Mesa cadeiras Folhas Canetas Tv Projektor	Mensal

### **Programa 3**

#### ***Pessoas com história(S)***

---

##### **Fundamentação**

A Estrutura Residencial constitui-se como uma resposta social<sup>73</sup>, desenvolvida em equipamento e destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia, que por opção própria, por inexistência de outra solução, pretendem integrar-se numa estrutura residencial. Nesta estrutura podem aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado.

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

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

Do que foi dado a observar em momento de elaboração do diagnóstico, as pessoas institucionalizadas não têm quase nenhum interesse pelas atividades, o que revela a sua quase inexistente participação. Cumulativamente, pareceu existir um certo desconhecimento dos seus direitos e um fraco nível de exigência, os quais são potencialmente justificáveis pela baixa escolaridade e uma exagerada necessidade em reconfortar as instituições.

A perceção de autocuidado das pessoas idosas com capacidade e saúde estão intimamente relacionados com a manutenção de identidade, pelo que a deterioração física de uma pessoa

---

<sup>73</sup> Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março – define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas

face às experiências de envelhecimento geralmente traz um grau de adaptação à sua identidade (Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012)<sup>74</sup>

A preservação da identidade pessoal do indivíduo no contexto institucional só pode ser assegurada caso possam continuar a assumir uma postura assente na autonomia e na participação que lhes atribuíam um maior controlo sobre o seu curso de vida.

Por sua vez, o discurso dos profissionais entrevistados evidenciam a tecnificação dos procedimentos que lhe é imposta e aos quais têm de se adaptar, referindo como constrangimentos e limitações as dificuldades na gestão do tempo para a compreensão e relacionamento próximo com o utente/cliente. Os registos em si não constituem um problema, mas quando a sua execução não dá espaço à reflexividade tornam-se um elemento redutor de uma prática profissional baseada na relação assente numa postura crítica e reflexiva o que põe em causa os próprios princípios e valores da profissão, tornando os profissionais em meros executores de tarefas. Referindo Guedes, *“considerando a heterogeneidade das pessoas idosas, a definição de um plano de cuidados ou de desenvolvimento individual, mais do que um imperativo burocrático, deverá ser entendida como um instrumento de trabalho interdisciplinar e um garante da qualidade de intervenções.”* (Cuidados formais a idosos, desafios à sua prestação pp. 200-201)

Em suma, na nossa perspetiva há uma contradição patente nos objetivos deste modelo de SGQ, por um lado, a preocupação com a sustentabilidade das instituições apostando na eficiência e eficácia e por outro, a satisfação e promoção da qualidade de vida dos indivíduos. Estes dois aspetos podem não ser compatíveis, pois se a obtenção de eficiência e eficácia implica cortes nos recursos humanos, será difícil que a sua implementação cumpra os objetivos para os quais foi concebido.

Neste sentido, há que reavaliar e refletir até que ponto a implementação do SGQ/ MQSS, não fica condicionada a estas mudanças no âmbito da instituição, pondo em risco a excelência a que se propõe e o bem estar e qualidade de vida dos seus residentes.

### **Objetivos gerais**

Promover a participação ativa do idoso na organização e no funcionamento da estrutura residencial, potenciando a consciencialização dos órgãos de gestão para as necessidades de

---

<sup>74</sup> Marques C. S., Gerry C., Diniz F. & Ferreira A.L. (2012). *Social Innovation: Determinants of the Demand for High-Quality Institutional Care by the Elderly*, Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology; 2, 1-19

participação dos idosos, promovendo um contacto mais próximo entre os residentes, os profissionais das diversas categorias e a direção.

Paralelamente, chamar a atenção da direção e seus colaboradores para a necessidade de criar condições para a intervenção, autonomia e tomada de decisão dos residentes, centrando a estruturação do trabalho nos reais problemas, necessidades e interesses dos idosos favorecendo o aumento do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

## **ATIVIDADE 1 – DIAGNÓSTICOS E PLANOS INDIVIDUAIS**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de aperfeiçoar os diagnósticos e planos individuais, contribuindo para uma maior participação nas atividades e vida da instituição, potenciando o sentimento de pertença e auto-estima.

Ser capaz de implicar o residente, os auxiliares de ação direta e seus familiares na definição dos planos individuais sobretudo quando os níveis de dependência são elevados.

Ser capaz de adquirir/criar programas que simplifiquem o registo, de forma a permitir uma intervenção mais baseada no trabalho relacional com os clientes (menos documental).

## **ATIVIDADE 2 – SOMOS GENTE CRESCIDA!**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de promover reuniões periódicas (semanais) com os residentes elevando os sentimentos de auto-estima e participação.

Ser capaz de construir uma efetiva relação de ajuda entre profissionais e os residentes de forma a haver uma adequação do seu plano de cuidados às suas necessidades, problemas e interesses.

Ser capaz de criar um espaço de conversas para “gente crescida”

### **Metodologia**

O programa será desenvolvido em diferentes momentos, dirigindo-se especificamente às pessoas idosas e à equipa técnica, tendo em vista aperfeiçoar os serviços disponibilizados, ouvindo e envolvendo os residentes nos planos individuais, potenciando a sua adequabilidade, ajustabilidade e êxito.

Atividade	Objetivos específicos	Estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais	Periodicidade
Diagnóstico e Planos Individuais	<p>Ser capaz de aperfeiçoar os diagnósticos e planos individuais, contribuindo para uma maior participação nas atividades e vida da instituição, potenciando o sentimento de pertença e auto-estima.</p> <p>Ser capaz de implicar o residente, os auxiliares de ação direta e seus familiares na definição dos planos individuais sobretudo quando os níveis de dependência são elevados.</p> <p>Criação de programas que simplifiquem o registo, de forma a permitir uma intervenção baseada no trabalho relacional com os clientes (menos documental).</p>	<p>Promover reuniões semanais de equipa técnica para aperfeiçoamento dos PI's<sup>75</sup> com a participação de representante de colaboradores (E), de residentes (P) e familiares.</p> <p>Para além das revisões ou avaliações, importa permitir o apoio dos residentes na participação das diferentes tarefas do lar (lavandaria, cozinha, secretaria, portaria, apoio refeitório, etc.), mas também dos seus familiares.</p>	<p>Equipa técnica</p> <p>Repres.</p> <p>AAD</p> <p>Provedor do Idoso</p> <p>Repres.</p> <p>Famílias</p>	<p>Sala</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> <p>Folhas</p> <p>Canetas</p> <p>Processos individuais</p>	<p>Semanal (análise de PI's de forma repartida p.e. 3 por semana)</p>
Somos Gente Crescida	<p>Ser capaz de promover reuniões periódicas com os residentes elevando os sentimentos de auto-estima e participação.</p> <p>Ser capaz de</p>	<p>Através das reuniões, promover a participação dos idosos na regulação da vida quotidiana da instituição, ouvindo os interesses e hábitos dos mesmos, assegurando a manutenção de atividades diárias no seio da instituição.</p>	<p>Equipa Técnica</p> <p>Pessoas idosas</p> <p>Repres.</p> <p>AAD</p>	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> <p>Folhas</p> <p>Canetas (projektor)</p>	<p>Semanal</p>

<sup>75</sup> Planos Individuais/PI's. De acordo com o Modo Operatório do Manual de Processos – Chave do SGQRS de ERPI, podemos ver que este processo é um conjunto de atividades interrelacionadas e interatuantes que convertem entradas em saídas. Com efeito, o PI inicia-se com a avaliação das necessidades e potenciais dos clientes, que se processa depois de confirmada a integração do cliente na estrutura residencial e do envio do processo para o responsável pelo processo individual. Daqui, no contexto de avaliação diagnóstica são recolhidas várias informações sobre as condições habitacionais do cliente e do seu estado de saúde, bem como, os aspetos relacionados com as capacidades físicas e funcionais, as expectativas e as representações face à sua vida e à ERPI. (Segurança Social, 2007).

	construir uma efetiva relação de ajuda entre profissionais e os residentes de forma a haver uma adequação do seu plano de cuidados às suas necessidades, problemas e interesses.				
	Ser capaz de criar um espaço de conversas para “ <i>Gente Crescida.com...</i> ”	Desenvolver um espaço para momentos de partilha de histórias de vida, reflexões, dificuldades, motivações. Promover ações de esclarecimento e sensibilização para temas de relevância	Equipa Técnica Pessoas idosas Convidados (dinamização espaço)		
	Criação do Grupo <i>saúde.qb</i>	Promover a participação das pessoas idosas na elaboração de ementas semanais, na identificação de gostos e preferências, hábitos culturais e gastronómicos	Pessoas idosas Profissionais de saúde Nutricionista		

## **Programa 4**

### *Aperfeiçoar o cotidiano institucional*

---

#### **Fundamentação**

Não chega apenas que as redes de apoio social existam, é necessário que as pessoas se disponham a participar e a envolver-se com os demais e nas propostas que lhes são feitas (Monteiro & Neto, 2008). São necessárias outras iniciativas que permitam ao idoso adaptar-se e lidar de forma mais positiva com o processo de envelhecimento.

O trabalho profissional deve, tal como advoga Calado (2004), potenciar e estimular as capacidades de cada pessoa, os idosos devem compreender que têm competências e que são capazes. Este trabalho implica que o profissional estabeleça uma relação de proximidade, esteja muito atento ao que o rodeia, às pessoas com quem trabalha e às efetivas necessidades tanto ao nível físico, como cognitivo ou social.

É nestes espaços de participação e de mediação, onde o cuidar do outro tem necessariamente que se sobrepor ao fazer atividades de animação para o outro, são espaços onde é prioritário respeitar as diferenças, espaços onde o saber ouvir e compreender o idoso tem de ser numa perspetiva de reviver com ele o seu passado para no presente o ajudar a construir um futuro com mais significado para si, por isso mais positivo e com mais qualidade de vida (Vieira, 2009, 2014).

Todavia, os cuidadores formais e informais não dispõem ainda de conhecimentos adequados para esse efeito. E, mais grave, como foi dado a observar na fase inicial deste trabalho de projeto, a ostracização do idoso resultantes de estereótipos são impeditivas para a promoção da sua autonomia e autodeterminação. O tratamento infantilizado do idoso e a apreciação das suas necessidades pela lente dos cuidadores fazem, facilmente, incorrer em clichés como “*o idoso não tem querer*”. O que, por sua vez, se repercute de forma nefasta nos cuidados a lhe serem prestados e, com delicadeza acrescida, nos quadros de demência.

Nas instituições toda a equipa técnica deve proporcionar às pessoas idosas vários saberes e experiências que podem influenciar a sua qualidade de vida. Os funcionários têm muita importância para os idosos, mas estes têm que ter noção de que a sua formação contínua é fundamental, pois com a aquisição de conhecimentos melhoram-se as práticas relacionadas com o processo de envelhecimento.

#### **Objetivos Gerais**

Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do idoso.

## **ATIVIDADE 1 - Criação de Oficinas Criativas e de educação para o envelhecimento**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de estimular as funções cognitivas, proporcionar suporte psicológico, desenvolver a relação entre educação e saúde, promover a socialização do idoso e a elevação dos níveis de autoestima e confiança, prevenindo situações de isolamento.

## **ATIVIDADE 2 - CRIAÇÃO DE PRÁTICAS DESPORTIVAS**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de desenvolver práticas desportivas diárias e diferenciadas, de reabilitação psicomotora, em função das limitações físicas e cognitivas das pessoas idosas.

## **ATIVIDADE 3 - CRIAÇÃO DA OFICINA DOS SENTIDOS**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de desenvolver uma intervenção grupal dirigida aos residentes demenciais e fundamentada nos pilares da filosofia Humanidade

## **ATIVIDADE 4 - CRIAÇÃO DE GRUPOS DE APOIO INDIVIDUALIZADO**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de criar Grupos de apoio individualizado, nomeadamente na área da neuropsicologia e da reabilitação motora/física

### **Metodologia**

O programa será desenvolvido em diferentes momentos, dirigidas especificamente às pessoas idosas e grupo de cuidadores (formais e informais), tendo em vista aperfeiçoar as suas competências, mas também os serviços disponibilizados, ouvindo e envolvendo os residentes em todo o processo.

Atividade	Objetivos específicos	Estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais	Periodicidade
Criação de Oficinas Criativas e de educação para o envelhecimento	Ser capaz de estimular as funções cognitivas, proporcionar suporte psicológico, desenvolver a relação entre educação e	Desenvolver, a partir das competências individuais, Oficinas de exploração criativa e de educação para um envelhecimento ativo (p.e. oficina da agricultura, cestaria, de costura) Promover a troca e	Pessoas idosas Animadora	Materiais específicos de acordo com a Oficina a desenvolver	Diária

	saúde, promover a socialização do idoso e a elevação dos níveis de autoestima e confiança.	aquisição de competências, como também momentos de convívio, de partilha, e sentimentos de pertença a um grupo, potenciando a melhoria de qualidade de vida, a diminuição de sentimentos de solidão e a satisfação dos participantes			
Criação de Práticas Desportivas	Ser capaz de desenvolver práticas desportivas diárias e diferenciadas de reabilitação psicomotora, em função das limitações físicas e cognitivas das pessoas idosas.	Deve ser desenvolvido de acordo com as características do grupo e orientado por profissional específico. Realizar alongamentos, subir e descer escadas, caminhadas, pedalar de forma moderada ou mesmo a dança. A flexibilidade e o equilíbrio são os principais benefícios da prática de ioga, pilates e hidrogenástica, além de que procuram igualmente a harmonia entre a componente física e mental	Pessoas idosas Profissional especializado Animadora	Materiais específicos de desporto sénior	3 vezes por semana, 40 a 60 minutos por sessão
Criação da Oficina dos Sentidos	Ser capaz de desenvolver uma intervenção grupal dirigida aos residentes demenciais e fundamentada nos pilares da filosofia Humanidade	Desenvolver competências (cognitivas, psicoafetivas, técnico-profissionais), que permitam aos profissionais cuidar em Humanidade, melhorando ou mantendo a saúde e qualidade de vida das pessoas cuidadas e preservando a sua própria saúde e profissionalismo	Pessoas idosas Cuidadores formais Profissionais Equipa Humanidade	Sala Cadeiras Mesas Folhas Canetas Projeter	Diária
Criação de Grupo de Apoio Individualizado Neuropsicologia e Reabilitação motora/física	Ser capaz de criar Grupos de apoio individualizado, nomeadamente na área da neuropsicologia e da reabilitação motora/física	Estimulação de diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, a capacidade visuo-	Neuropsicólogo a Enf. <sup>a</sup> de Reabilitação Pessoas idosas	Material de desporto Equipamentos de reabilitação Sala Jogos Computador	semanal

		espacial e a associação de ideias. Promover a autonomia funcional, assim como, uma atenuação das alterações músculo esqueléticas, através de atividades de estimulação motora			
--	--	--	--	--	--

## Programa 5

### *Capacitar as equipas e melhorar o trabalho de cooperação*

---

#### **Fundamentação:**

A Metodologia de Cuidado de Gineste-Marescotti® (MGM), também designada de Metodologia de Cuidar Humanidade (MCH) ou Captura Sensorial®, foi desenvolvida por Yves Gineste e Rosette Marescotti desde 1979, tendo por base a filosofia da Humanidade e as regras de arte: respeito pela singularidade e intimidade, promoção da verticalidade, evitar abordagem surpresa e cuidados não consentidos (Gineste & Pellissier, 2008; Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012)<sup>76</sup>. A MGM® promove a intencionalidade e a profissionalização da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, através de uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) que se desenvolve em 5 etapas dinâmicas e sucessivas: pré-preliminares e preliminares, que correspondem à preparação do cuidado; “rebouclage” sensorial ou realização do cuidado; a consolidação emocional, que corresponde ao fecho do cuidado e a marcação do reencontro, para evitar sentimento de abandono (Gineste & Marescotti, 2008; Simões, et al<sup>77</sup>, 2012; Salgueiro, 2014<sup>78</sup>).

O cariz prático desta filosofia assenta em quatro pilares conforme Salgueiro (2014) ” *a) no olhar; b) na palavra; c) no toque e d) na verticalidade. Naturalmente que aqueles, são observados aquando da respetiva execução técnica nos cuidados a prestar. O olhar deve ser axial, horizontal, longo e próximo. Por sua vez, a palavra deve ser frequente, melodiosa, doce e com reforço positivo. O toque deve ser amplo, doce, lento e acariciador (o toque ternura) e a verticalidade deve consistir no estímulo e utilização das capacidades da pessoa por mínimo que sejam.*”

A Humanidade e MGM ajuda, em muito, os cuidadores na sua vida quotidiana em lidar com os idosos e pode vir a influenciar as autoridades competentes para os ganhos que representa para a saúde dos idosos, nomeadamente em no que concerne à promoção da sua qualidade de vida e bem-estar. Por sua vez, representa ainda uma redução considerável do absentismo laboral dos cuidadores e uma diminuição da ingestão de fármacos pelos idosos.

Cuidar Humanidade é uma metodologia de cuidar que contribui para a redução da agitação nas pessoas idosas, dependentes, com demência durante os cuidados de higiene. Verificou-se que com a implementação da MGM® há uma redução dos comportamentos de agitação nas

---

<sup>76</sup> Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

<sup>77</sup> Simões, M., Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2012). *Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados*. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra, Portugal.

<sup>78</sup> Nídia Salgueiro (2014). *Humanidade um imperativo do nosso tempo*. Ed. IGM Portugal – Humanidade, Lda.

pessoas com demência durante os cuidados de higiene, devido à intencionalidade na relação e a uma maior compreensão da pessoa cuidada, levando a uma maior aceitação dos cuidados e a uma melhoria no comportamento e estado emocional da pessoa idosa. Neste sentido, devido à dificuldade em prestar os cuidados de higiene a estas pessoas, e este momento ser muitas vezes interpretado como uma agressão, desencadeando comportamento de defesa, é fundamental reformular as práticas capacitando as equipas com metodologias de cuidar inovadoras e adequadas à realidade das pessoas cuidadas, com técnicas relacionais que operacionalizem a relação.

Tem por finalidade melhorar a qualidade do cuidar às pessoas idosas dignificando a pessoa cuidada por sentir que é respeitada e o profissional por se sentir realizado no cuidado que presta.

### **Objetivos gerais**

Melhorar a qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Centrar os cuidados na pessoa, tendo por base o trabalho e visão multidisciplinar e assente na filosofia e metodologia de Humanidade.

## **ATIVIDADE 1 – IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADOS GM<sup>79</sup>**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de implementar a metodologia de cuidados Gineste Marescotti e a filosofia de cuidados em Humanidade criando uma instituição certificada em Humanidade<sup>80</sup>

## **ATIVIDADE 2 – CENTRAR OS CUIDADOS NA PESSOA**

### **Objetivos específicos**

Ser capaz de desenvolver um trabalho multidisciplinar (Assistente Social, Gerontólogo, Neuropsicólogo, Enfermeiro, Médico)

Ser capaz de implementar Formação e certificação em Humanidade

Reuniões periódicas com os colaboradores de forma a permitir o envolvimento dos mesmos na organização e estreitando relações entre todos

---

<sup>79</sup> Metodologia de cuidados Gineste Marescotti / filosofia de cuidados em Humanidade

<sup>80</sup> O IGM Portugal propõe que processo de implementação da Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti decorra em 5 fases. Ficará ao critério da instituição as fases que pretende completar de acordo com o modelo proposto de seguida.

## Metodologia

A concretização do programa será realizada ainda através da constituição da equipa multidisciplinar e respetiva formação/certificação em Humanidade.

Paralelamente, será promovida a realização regular de reuniões de equipa (semanais) e da equipa com os demais colaboradores (mensais), assim como com os familiares/ pessoas idosas, permitindo potenciar a aproximação entre profissionais, a discussão de temáticas inerentes às funções, compreender o comportamento interpessoal e respetivo empowerment e capacitação dos cuidadores.

Atividade	Objetivos específicos	Estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais	Periodicidade
MCGM	Implementar a metodologia de cuidados Gineste Marescotti e a filosofia de cuidados em Humanidade criando uma instituição certificada em Humanidade <sup>81</sup>	Ajudar a adotar uma cultura baseada numa filosofia de cuidados de acordo com os desejos dos clientes, as evoluções dos papéis dos cuidadores e as expectativas dos residentes Ajudar os cuidadores a adquirir uma metodologia de cuidados que situe cada intervenção na linha filosófica e assente nos pilares da Humanidade Melhorar a relação cuidador/pessoa cuidada; Prevenir ou pacificar os Comportamentos de Agitação Patológica (CAP) manifestados pelos clientes	Equipa Humanidade	Sala Mesa cadeiras Folhas Canetas Tv projektor	A definir mediante a disponibilidade da Equipa GM (externa)
Centrar os cuidados na pessoa	Ser capaz de desenvolver um trabalho multidisciplinar (Assistente Social, Gerontólogo, Neuropsicólogo, Enfermeiro, Médico) Ser capaz de implementar a	Aprimorar os serviços prestados pela instituição com o apoio e cooperação entre os diversos profissionais, centrando os cuidados na pessoa e não na tarefa, fundamentando a intervenção nos princípios da filosofia Humanidade Realizar reuniões	Colaboradores Equipa Multidisciplinar Formadores em Humanidade Familiares Pessoas Idosas	Sala Cadeiras Mesa Projektor	A definir mediante a disponibilidade da Equipa GM (externa)

<sup>81</sup> O IGM Portugal propõe que processo de implementação da Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti decorra em 5 fases. Ficará ao critério da unidade as fases que pretende completar de acordo com o modelo proposto de seguida.

Formação e certificação em Humanidade/MGM	periódicas com os colaboradores e familiares de forma a permitir o envolvimento dos mesmos na organização e na implementação da MGM			
---	---	--	--	--

O IGM Portugal oferece um plano de formação, adaptado às especificidades de cada instituição, para facilitar a implementação da Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti: Cuidar em Humanidade.

	<b>ATIVIDADES</b>	<b>DURAÇÃO</b>	<b>PREÇO</b>
<b>PRÉ-ETAPA</b>	Consonância de expectativas e requisitos: Reunião com administração; Nomeação de responsável de projeto <sup>82</sup> ; Nomeação de grupo de apoio <sup>83</sup>	2 Horas	Gratuito
<b>FASE I</b>	<b>A Formação «Humanidade»</b>		
<b>Nível 1</b>	Ação de Sensibilização sobre o projeto para colaboradores não-formandos	Uma Manhã ou uma Tarde	€250
<b>Nível 2</b>	Sessões de formação de uma primeira equipa de cuidadores – grupo mínimo de 12	5 Dias: 2+2+1 (em 3 semanas consecutivas)	<b>€1400</b>
<b>FASE II</b>	<b>A consolidação «Humanidade»</b>		
<b>Nível 1</b>	Formação do Grupo de Apoio	1 Dia	€750
<b>Nível 2</b>	Formações Específicas consoante necessidades formativas identificadas: Manutenção Relacional Demências e síndromes cognitivo-mnésicos Cuidados Paliativos Gestão de Mudança Organizacional	Variável	Sob Orçamento
<b>FASE III</b>	<b>Acompanhamento da Implementação</b>		
<b>NÍVEL 1</b>	Formação-ação individualizada Consultoria de Cuidados Coordenação do Grupo de Apoio	1 a 5 dias	€260 a €1200
<b>NÍVEL 2</b>	Consultoria de Cuidados Orientação ao grupo de Apoio	Variável	€75/hora
<b>FASE IV</b>	<b>Acreditação Unidade Humanidade</b>		
<b>NÍVEL 1</b>	Auditoria Externa Humanidade	≥3 Dias	€800 (acrescidos de outros custos como alimentação, alojamento e deslocações)

Fonte: IGM. Metodologia Gineste Marescotti Cuidar em Humanidade. Proposta de implementação da Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti e Filosofia de Cuidados Humanidade.

<sup>82</sup> A pessoa responsável pelo projeto, nomeada pela instituição, coordenará a organização da formação, definindo datas e método de seleção de formandos «Humanidade».

<sup>83</sup> O grupo de apoio deverá ser composto por uma equipa multidisciplinar que inclua membros da direção, enfermeiros, médico, uma AAD (Ajudante de Ação Direta), fisioterapeuta, psicólogo, etc. não superior a 8 pessoas.

## Avaliação do projeto de intervenção

---

Portugal tem acumulado uma experiência significativa relativamente à função avaliação, sobretudo depois da adesão à Comunidade Europeia. Enquanto a “*avaliação tradicional*” era vista como uma sanção ou uma retratação dissimulada, hoje em dia a avaliação é entendida como um processo, o que significa que o seu objetivo não é um julgamento à posteriori, mas um utensílio indispensável para a formulação da ação em si, para a sua condução e o seu aperfeiçoamento. Desta forma, a avaliação não se deve limitar a medir os resultados da ação, mas deve permitir compreender a origem dos efeitos sociais observáveis e as consequências dos meios postos em curso (meios financeiros, humanos, materiais ou jurídicos). Desta forma, à noção dinâmica de planeamento deve, portanto, corresponder uma visão “*dinâmica*” de avaliação, que tem como objetivo avaliar os resultados da execução, as alterações da envolvente e da estratégia dos atores, e desencadear a redefinição de objetivos e meios considerados necessários. (Perestrelo e Caldas, 1996)

A implementação de um processo de avaliação permite elevar o grau de racionalidade das dinâmicas e processos de ação relacionados com as políticas, programas, planos e projetos de intervenção; contribuindo ainda para a “*satisfação das necessidades básicas da população, priorizando-as segundo seus graus de urgência relativa*” (Cohen e Franco, 1999).

Assim, um processo de avaliação tem particular incidência na melhoria da eficiência das políticas sociais, nomeadamente através da “*consecução do critério aceite como fim, inclusive se este é a equidade*” (Cohen e Franco, 1999).

Gerra (2000:175), define avaliação como uma “*componente do processo de planeamento, sendo este último acompanhado por mecanismos de autocontrolo que permitem de forma rigorosa ir conhecendo os resultados e efeitos da intervenção e corrigir trajetórias*”.

Grande parte dos desafios que se colocam às intervenções de desenvolvimento pode ser resolvido através de um dispositivo de acompanhamento e avaliação adequado. Assim pode-se evitar perder a orientação, sair do caminho, cansar-se demasiado por não saber gerir bem as energias, os esforços e as dificuldades, não alcançar as metas definidas e, sobretudo, voltar a cometer os mesmos erros.

O objetivo central de uma avaliação deliberada é “*permitir que as pessoas e as instituições envolvidas na conceção, planeamento, gestão e execução julguem o seu trabalho e os resultados obtidos e aprendam com eles*” (Capucha et al., 1996).

Isabel Guerra, depois de discutir o termo “*participação*” e a sua evolução histórica, chama a atenção para a necessidade de envolver os atores, protagonistas e principais interessados em

qualquer processo de planeamento, de uma forma efetiva e responsável, como uma *“necessidade técnica dos processos de desenvolvimento”*. Refere que *“não se trata apenas de obter a participação mais ou menos folclórica da população nas atividades. Pretende-se, sobretudo, provocar uma tomada de consciência permanente do meio social sobre os seus próprios problemas e capacidade de solução. (...) este processo de ‘participação’ não é apenas uma questão ética, e ideológica, de defesa de uma democracia participativa – é antes de mais uma necessidade técnica dos processos de desenvolvimento. (...) A lógica coletiva dos processos de desenvolvimento, ao exigir o acionamento dos recursos (materiais mas também culturais e simbólicos) dos vários atores envolvidos, exige uma participação alargada para ser eficaz.”* (Guerra, 2000: 101-102).

Seguindo a linha deste trabalho de projeto, consideramos a avaliação participativa e interativa como a mais coerente ao mesmo. As potencialidades dos processos de participação e reflexão da opinião pública, de todos os atores envolvidos, parceiros, voluntários, instituições e que participam da concretização dos diferentes programas do projeto de intervenção, serão cruciais no processo de avaliação, nomeadamente, em termos de consenso e compatibilização entre os objetivos e resultados. Consideramos que participação efetiva dos diversos atores requer poder de participação e está relacionada com a capacidade de encontrar ressonância das suas expectativas e interesses, a qual lhe permita sentir pertença, envolvimento e não estranheza. Parte-se do princípio que o sentido último da avaliação é a sua mais valia formativa, tomando a avaliação como um processo negociado entre os vários atores que se inscrevem num determinado contexto.

Neste trabalho de projeto recorreu-se à avaliação diagnóstica (ex-facto/ex-ante) para elaboração do diagnóstico gerontológico e a identificação dos principais problemas e principais prioridades de intervenção em função desses problemas. Nessa fase, a avaliação reportou-se ao conhecimento da amplitude dos problemas, à definição dos participantes e população envolvida, assim como à definição das melhores estratégias de atuação. Dos problemas identificados, conseguiu-se estabelecer uma ordem hierárquica de programas e definir prioridades de intervenção, resultantes no programa de intervenção.

Por sua vez, a relação entre o planeamento e a avaliação é muito estreita. Tudo o que foi planeado (atividades, recursos, estratégias, entre outros) é objeto de avaliação. Os documentos de planeamento são uma referência permanente. As conclusões das avaliações “on-going” e finais podem alimentar as decisões a tomar posteriormente, para que o planeamento seja elaborado ou modificado em função dessas conclusões. A ponderação dos primeiros resultados permite saber se os atores estão “no bom caminho”, identificando os primeiros

indícios do impacto produzido pela intervenção. A apreciação destes dados também permite rever e atualizar, caso seja necessário, o planejamento, integrando os novos dados, alterando alguns mecanismos, entre outros.

Seria essencial, para este efeito e no âmbito da abordagem de avaliação, no final de cada ano, promover encontros de reflexão crítica (ex. *Encontro Anual EntreRodas*) envolvendo técnicos dos diferentes parceiros de implementação (autarquia, voluntários, parceiros, escola secundária, universidade sénior, etc.) que trabalhem sobre a informação fornecida pelos dados descritivos e dados avaliativos recolhidos e trabalhados no decurso das atividades. A criação desse grupo poderá permitir criar momentos de autoavaliação que apontem pistas para o planejamento do ano seguinte, num esforço de focalização e intencionalização comuns. Esta ação visa, igualmente, saber em que medida os vários detentores de interesse (stakeholders) podem e querem tomar a seu próprio cargo o prosseguimento da realização dos objetivos da intervenção de desenvolvimento.

A definição dos critérios é um passo fundamental em qualquer avaliação. Estes são particularmente importantes nas apreciações das intervenções para o desenvolvimento, subentendem a existência de *adequação* interna (relação entre os problemas, os meios disponíveis e os objetivos, a adequação da metodologia da intervenção às condições existentes, a correção na definição de prioridades, a articulação entre os diferentes objetivos, a relação lógica entre os objetivos e as atividades previstas), *adequação* externa: (articulação e correspondência entre os objetivos da intervenção e os objetivos de outras intervenções relacionadas), *pertinência* (os problemas a resolver pela intervenção são reais e prioritários), *eficiência* (relação efeitos produzido / recursos mobilizados), *eficácia* (relação efeitos produzidos/ objetivos estabelecidos), *equidade* (de acesso e gestão dos recursos/oportunidades disponibilizados) e *impacto* (totalidade dos efeitos de uma intervenção). (Guerra, 2000: 197-199)

Diversos são os discursos que exaltam a dificuldade de se estabelecer indicadores para uma determinada intervenção social. Talvez o grande desafio que o indicador nos ofereça seja entender a sua simplicidade. Ora, o sucesso do processo avaliativo depende pois, dessa capacidade de encontrar indicadores qualitativos e quantitativos que consigam medir o processo e os resultados. Guerra (2000: 186) diz-nos mesmo que essa complementaridade de indicadores, capazes de combinar aspetos quantitativos e qualitativos, são o garante de uma avaliação eficaz. Neste programa específico, os indicadores terão como instrumentos de apoio, as folhas de assiduidade rubricadas pelos participantes (de onde poderemos medir o número de participantes por atividade, o número de voluntários e o número de parceiros

envolvidos, por exemplo) e de onde se poderá retirar informação para partilha e reflexão no grupo do *Encontro Anual EntreRodas*.

Quanto aos indicadores qualitativos, estes serão fundamentalmente todas as informações recolhidas a partir dos participantes (grelha de avaliação da atividade a preencher por cada participante e por atividade, anónima), que permitirão ao avaliador perceber a percepção dos participantes relativamente à eficácia das atividades, ao desempenho dos voluntários envolvidos, à organização das próprias atividades. Por sua vez, a avaliação por parte dos responsáveis pela concretização das atividades e prestação de serviços é igualmente importante, sobretudo no que concerne à motivação e empenho verificado pelos participantes e seu grau de satisfação, pois é sempre possível ajustar e/ou melhorar a sua dinâmica.

Para tal, iremos recorrer a questionários de avaliação de satisfação dirigidos a utilizadores (versando, entre outros, na perceção quanto a serviços prestados, atividades realizadas, regras e normas de funcionamento, na relação com colaboradores/empatia, condições de conforto, limpeza e segurança) e outros dirigidos a colaboradores (incidindo, entre outros, no contexto organizacional, ambiente de trabalho e cooperação, oportunidades de mudança e inovação, sistema de recompensas e reconhecimento, relação com as chefias, conhecimento da política e estratégia organizacional, autonomia do posto de trabalho), bem como aferindo os resultados globais da avaliação de desempenho aos colaboradores,

A avaliação final (ex-post), concluída a intervenção, permitirá analisar os resultados alcançados (mudanças desejadas), observar os seus efeitos (resultados não esperados), analisar a eficácia do projeto e eventuais constrangimentos ao cumprimento dos objetivos. Com base nestes pressupostos, a avaliação poderá assumir-se verdadeiramente como um veículo de “aprendizagem social” e “inovação” numa concepção mais ampla de avaliação, sendo bem mais do que um dispositivo de controlo, potenciando tantas outras dimensões, entre as quais destacamos o apoio à negociação, à mudança organizacional e cultural dos atores envolvidos na execução do programa; o apoio à reflexão, gestão estratégica e reorientação do programa e a aprendizagem e empowerment dos atores envolvidos.

## **Considerações finais**

---

Chegados a este ponto do nosso trabalho, interessa refletir sobre algumas linhas fundamentais que orientaram o projeto de intervenção proposto.

A nossa análise não nos autoriza a concluir que o “mau” envelhecer, indiciado, por exemplo, pela elevada proporção de residentes frágeis e dependentes que vivem no lar que observámos, seja uma consequência direta da sua estrutura e cultura organizacional. Contudo autoriza a concluir que as lógicas de funcionamento instauram o tipo de relações e de moldagem identitário destacados por Goffman no conceito de instituição total, potenciando o risco de o fim da vida assemelhar-se a um período de “morte social”. São, de facto, múltiplos os constrangimentos institucionais que comprometem seriamente a satisfação de necessidades fundamentais para que a vida das pessoas idosas aí residentes continue a fazer sentido - a de manter um sentimento de pertença (quer ao universo que lhes era familiar antes do internamento, quer ao mundo que continua a transformar-se fora do lar, quer à “coletividade” em que passaram a viver) - a de ter a certeza que continuam a contar para outros (cuidadores formais e cuidadores informais/famílias) - e a de prevenir, através de vivências motivadoras, o declínio das capacidades, quer físicas, quer cognitivas e afetivas.

Apesar deste olhar retrospectivo sobre esta experiência profissional em contexto institucional nos ter confrontado, repetidas vezes, com formas de dominação capazes de comprimir a autonomia e a vontade de viver de pessoas fragilizadas pelo avançar da idade, não concluiremos, contudo, que este modo de tratar a velhice compromete irremediavelmente o bem envelhecer.

A dinâmica das transformações económicas e relacionais que contribuíram para retirar às relações familiares o tratamento da velhice, bem como os próprios fundamentos teóricos e éticos da intervenção gerontológica levam-nos, antes, a assumir que é urgente e possível investir em programas de ação que previnam esta “morte social”.

Um primeiro requisito que nos parece relevante prende-se com a promoção de um efetivo **trabalho de equipa multidisciplinar**, que capitalize os conhecimentos e contributos de todos os profissionais, independentemente da sua posição na hierarquia organizacional, mas que aposte no seu contínuo aperfeiçoamento. Daí a importância da organização de momentos frequentes e regulares de reuniões de equipa em que todos os profissionais que interagem com a pessoa idosa no quotidiano da instituição (trabalhadores sociais, profissionais de saúde e auxiliares de ação direta) partilhem informações e reflexões, a fim de compreender cada idoso como ser social complexo, indissociável de um trajeto de vida e cujas necessidades vão muito para além das que se prendem com a sobrevivência biológica. Trata-se pois, de uma contínua elevação da qualificação de toda a equipa, incluindo os menos qualificados, que interagem

mais intensivamente com os idosos e de um trabalho de qualificação que só pode ser desenvolvido a partir da reflexão coletiva e regular sobre as situações concretas da prática institucional e profissional. Deveria, ainda, fazer parte deste trabalho de equipa a promoção de momentos de reflexão em que os profissionais sejam incentivados a tomar consciência e expressar as tensões e conflitos internos suscitados pelo confronto com o envelhecimento e a morte, em vez de os recalcarem. Descobrir que, no contexto do recalçamento social da morte cada vez mais dominante, a vivência de sentimentos, mais ou menos confusos, de receio, mal-estar ou, até, repulsa é uma experiência partilhada e socialmente induzida, amplia as possibilidades de autoconhecimento e controlo, bem como de **investimento no agir profissional**.

No cerne desta forma de entender os cuidados está o **conceito de humanidade, na construção da humanidade**, de onde os autores partem para questionarem uma prestação de cuidados que respeite a vida, a autonomia, a liberdade, a cidadania. A conjugação equilibrada dos pilares da humanidade, de acordo com os autores e suas experimentações clínicas, permite a aproximação às boas memórias afetivas das pessoas doentes e vulneráveis, uma via importante de acesso e apaziguamento, em situações de limitações psíquicas e dificuldades mnésicas.

Vimos, no decorrer deste trabalho, que o internamento dos idosos induz, entre outros impactos, a perda da possibilidade de gerir o seu tempo, o seu espaço, as suas decisões e relações. O quotidiano institucional é regido por normas, regras e rotinas determinadas unilateralmente pela equipa dirigente e profissional. Uma ideia que nos parece importante reter é que o desenvolvimento de uma **cultura de participação do idoso** na gestão quotidiana da vida do lar requer que se criem, na própria estrutura organizacional, modos de superar o fosso entre dirigentes (equipa dirigente e profissional) e dirigidos (os idosos residentes). A implicação dos idosos na gestão e planeamento do quotidiano institucional, através da criação de um conselho de residentes com poder para se pronunciar sobre as regras de funcionamento do lar, poderá ser um meio para superar esta situação e ampliar as oportunidades de as pessoas idosas se apropriarem efetivamente do seu novo lugar de vida. Caberia a este conselho não somente formular propostas acerca da organização das rotinas quotidianas (horários das refeições, das visitas, atividades, etc..) mas igualmente participar ativamente na resolução dos conflitos entre residentes e das queixas dos residentes a respeito do funcionamento do lar e da atuação dos profissionais. A criação de um conselho de residentes garantiria a existência de um circuito de comunicação e de um espaço de decisão com potencial para transformar os atritos da vida coletiva em oportunidades de desenvolver laços

entre os residentes e entre os residentes e os membros do pessoal. A criação e o funcionamento regular de reuniões de residentes, em torno de questões mais específicas, tais como as atividades culturais dentro e fora do lar, as ementas semanais, a decoração dos espaços coletivos, a integração dos novos residentes, é outro requisito fundamental que, tal como o funcionamento do conselho de residentes, deveria constituir um princípio de atuação dos profissionais.

Parece-nos urgente reconhecer a construção de relações de mútuo reconhecimento e implicação entre residentes e entre residentes e membros da equipa dirigente e profissional como um dos campos que a animação sociocultural no lar de idosos deveria privilegiar.

Se, como observou Goffman, a instituição total incentiva nos indivíduos, como entre os agentes institucionais, a produção de representações estereotipadas, então porque não considerar a animação sociocultural como instrumento privilegiado para contrariar este mecanismo de mútua exclusão? Fazer das refeições momentos de trocas entre os membros destas duas categorias de agentes, em vez de momentos que reiteram a sua separação; animar grupos mistos de conversa sobre uma variedade de temas não diretamente ligados ao funcionamento do lar, a fim de favorecer o conhecimento mútuo, não constituirão objetos de trabalho mais dignos e proveitosos para o clima social do lar do que a promoção de atividades destinadas a iludir o vazio que domina a vida dos residentes? Porque não assumir na prática que animar uma instituição significa, antes de mais, trabalhar em ordem à construção de relações que unam os indivíduos, desde logo porque fomentam, graças à expressão da sua história, efetivas oportunidades de encontro e conhecimento mútuo?

Ao longo deste trabalho tivemos oportunidade de constatar que com a integração do idoso em lar as relações sociais com o mundo envolvente se reduzem drasticamente. As relações com as quais os indivíduos até então contaram para poder definir o lugar ocupado no seio de uma coletividade diminuem não somente em número, como sobretudo em conteúdo e intensidade. Familiares e amigos não costumam ser incentivados pela equipa dirigente e profissional a assumir responsabilidades concretas no dia-a-dia dos idosos. Não costumam ser encarados como parceiros privilegiados que importa implicar na própria organização para que esta possa efetivamente acolher os idosos, respeitando-os como pessoas com um longo trajeto de vida. Se, como referem com muita clareza P. Berger e T. Luckmann (2004), é no decorrer das interações quotidianas com os outros significativos que são continuamente confirmadas as definições da realidade que nos envolve e a nossa própria identidade, porque não investir em diversas modalidades de **envolvimento de familiares e amigos** para que participem ativamente na prestação de cuidados ao idoso, em atividades culturais realizadas dentro e fora

do lar ou partilhem regularmente refeições com um pequeno grupo de idosos contribuindo, assim, para que se desenvolvam laços de afinidade entre residentes.

Para além de agravar o risco de isolamento do idoso que passa a residir num lar, o facto de dirigentes e profissionais perspectivarem e tratarem familiares e amigos como agentes “externos”, essencialmente susceptíveis de lhes pedir responsabilidades quando o idoso manifesta algum problema, tende a agravar o fosso entre residentes e equipa profissional e dirigente e, ainda, a acentuar a perda de autonomia do residente. Num clima dominado pela desconfiança mútua, as relações entre dirigentes/profissionais, idosos e familiares são frequentemente pautadas pela confusão entre pedidos, ordens e queixas. As queixas mais correntes dos residentes não são elaboradas de modo a serem eficazes, apenas se manifestam em conversas de corredores, na ausência dos principais intervenientes. Porque apreendem os agentes institucionais como membros de um grupo bem distinto, solidários entre si, e receiam, mais ou menos confusamente, as possíveis repercussões das suas queixas, os “internados” raramente as formulam explicitamente junto de quem tem poder de decisão na organização. Implicar os familiares ou próximos dos residentes no trabalho com membros do pessoal é, pois, uma via para superar a fragmentação da rede relacional do idoso e, simultaneamente, enriquecer a prática institucional: a instituição passa a dispor de mais recursos humanos para fazer face às múltiplas necessidades dos idosos, de mais oportunidades de construir uma efetiva compreensão das necessidades de cada residente, ao mesmo tempo que os familiares têm oportunidades de aprofundar o seu entendimento quer do envelhecimento, quer do seu papel ativo e igualmente cuidador, quer das complexidades e dilemas que suscita o seu tratamento numa instituição especializada. Estruturas e cultura organizacionais não estão geralmente preparadas para acolher a implicação dos familiares no funcionamento quotidiano do lar.

Todavia, combater a tendência de oclusão dos idosos num espaço restrito não pode dizer apenas respeito à conservação da rede de sociabilidade de que o idoso dispunha na altura em que entrou no lar. O desafio é ainda bem mais exigente, dadas as dinâmicas de enfraquecimento dos laços sociais que traduzem a sociedade contemporânea. A resposta a um tal desafio só pode passar por um investimento contínuo em programas de atividades que permitam **fomentar o acesso regular dos residentes em lares a produções culturais em espaços da comunidade** (teatros, cinemas, salas de concerto, museus, espetáculos) e, inversamente, proporcionar a partir do lar serviços acessíveis a um público exterior à instituição (minicircuito, oficinas, atividades desportivas, cabeleireiro) são duas vias possíveis

a explorar para que a entrada num lar não signifique irremediavelmente apatia, por ausência quase completa de práticas enriquecedoras que deem sentido à vida.

Pode considerar-se como limitação deste trabalho, a sua não aplicação, pese embora por circunstâncias alheias à nossa vontade, contudo, permitiu por outro lado, a reflexão exaustiva, a identificação de indicadores e perspectivas de intervenção que permitirão a sua replicabilidade noutras organizações.

O somatório de informações recolhidas e analisadas, os conhecimentos adquiridos nessas análises e reflexões, as observações, poderão contribuir para o desenvolvimento de programas e ações que permitam a promoção do envelhecimento ativo, o atendimento integral e multidisciplinar pelas organizações, fundamentado numa metodologia de Humanidade, para que se possa viver com qualidade, dignidade e respeito nas instituições do futuro.

# Bibliografia

---

- ALMEIDA, J. Luís et al (2014). *Perspetivas sobre o envelhecimento ativo*. Edição conjunta entre a Cáritas Portuguesa e o Departamento de Economia, Sociologia e Gestão (DESG) da Escola de Ciências Humanas e Sociais (ECHS) da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Lisboa.
- ALMEIDA, H. (2012) *Biologia do envelhecimento: uma introdução* in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 21-40.
- BARDIN, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.
- BARROS, Pedro (2012) *Saúde* in Seminário Economia, Demografia e Sustentabilidade: Riscos e desafios de hoje. Universidade Nova de Lisboa E Rebelo, J.; Penalva, H. (2004) *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade” in II Congresso Português de Demografia. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal Setembro de 2004, <http://www.apdemografia.pt/files/786534234.pdf> [10 de fevereiro de 2015].*
- BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari Knopp. (2003) *Investigação qualitativa em educação*. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.
- CABRAL, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jerónimo, Paula; Marques, Tatiana (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- CARDÃO, Sandra (2009) – *O Idoso Institucionalizado*, Coisas de Ler, Lisboa.
- CCE (2006). *The demographic future of Europe - from challenge to opportunity*. Bruxelas: Publicações da Comissão Europeia
- CE: Comissão Europeia (2002) *Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento - II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*. Comunicação da comissão ao conselho e ao parlamento europeu. Madrid 18 de março de 2002. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, <http://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002DC0143&from=FR> [20 de Janeiro de 2015].
- COLOMÉ, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). *Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores*. Revista Eletrónica de Enfermagem, 13 (2), 306-312. Obtido em 07 de Março de 2012, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>
- COSTA, A. Firmino da (1986). *A pesquisa de terreno em sociologia. Metodologia das ciências sociais*. Edições Afrontamento.
- COUTINHO, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). *Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Revista Psicologia, Educação e Cultura.
- *Decretos lei n.º 67/2012 de 21 de março e n.º 262/2011 de 31 de agosto*
- *Decreto-Lei nº 167-E/2013. D.R. I Série. 253 (2013-12-31) 7056.*
- *Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012), Jornal Oficial da União Europeia, 23 de setembro de 2011.*

- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2000) *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- FONSECA, António Manuel (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Coleção: Campus do Saber - Nº8.
- GINESTE, Y. & PELLISSIER, J. (2008). *Humanidade: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- GUEDES, Joana (2008). *Identidades, Valores e Modos de Vida. Desafios Identitários Associados ao Internamento em Lar*. IV congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- GUEDES, Joana M. (2009) *O internamento em lar e a identidade dos idosos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. ICBAS. Tese de Mestrado em Ciências do Serviço Social.
- GUEDES, J. & FONSECA, A. (2013). *A conquista da reforma: fases, adaptação e papéis dos reformados*. Revista do Centro de Investigação do ISSSP, n.º 2. Senhora da Hora, ISSSP.
- GUEDES, J. (2013) *Viver num lar de idosos. Identidade em risco ou identidade riscada*. Coleção Olhar. Ed. Coisas de Ler.
- GUERRA, I. (2000) *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação – O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais, Principia
- <http://projectotio.net/archives/3020> e <http://ec.europa.eu/> (consultado em 28/06/2018).
- INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal*. Lisboa, Portugal.
- INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2009) *Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060*. Lisboa, Portugal.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade para a resposta social Lar Residencial*. Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). *Manual de Processos-chave para as respostas sociais*. Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2012). *Guia Prático - Apoio Sociais - Programa de Cooperação para a Qualidade e Segurança das respostas Sociais*. Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente.
- JACOB, Luís (2013) *Envelhecimento da população* in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.
- JAMIESON, A. & VICTOR, C.; *Researching Ageing and Later Life*, Philadelphia: Open University Press, 2002
- KAWASAKI, K & Diogo, M. (2001). *Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal*, Revista Escola Enfermagem USP 35 (3), 257-264 e Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M. & Moreira, T. (2011). *Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas*. Revista Mineira de Enfermagem, 15 (3), 348-355.
- KIRKWOOD RN, Thacker PA, Aherne FX, Goonewardene LA (1996) *The effect of dose and route of administration of prostaglandin F2-alpha on the parturient response of sows*. J Swine Health. 123-126.
- *Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março*.
- *Lei nº 76/2015, de 28 de julho, Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social*.
- LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. (1986) *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU
- MADUREIRA PINTO, J.; (1984) *Questões de Metodologia Sociológica* in *Cadernos das Ciências Sociais*, 1-3., Porto: Edições Afrontamento.

- MARQUES C. S., Gerry C., Diniz F. & Ferreira A.L. (2012). *Social Innovation: Determinants of the Demand for High-Quality Institutional Care by the Elderly*, Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology; 2, 1-19
- MARTINS, Ignácio (2018) *workshop Gestão comercial e de marketing para uma ocupação total de lares em Portugal*. Consulta de post de investigação e desenvolvimento em gerontologia em 07/05/2018
- MOREIRA, C. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação*. Lisboa: ISCSP.
- OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. França: OECD, [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/maintainingprosperity-in-an-ageing-society\\_9789264163133-en#page8](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/maintainingprosperity-in-an-ageing-society_9789264163133-en#page8) [27 de fevereiro de 2015].
- OLIVEIRA, Aldalan et al. (2010). *Qualidade de vida em pessoa idosas que praticam atividade física – uma revisão sistemática*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. vol. 13, nº 2, pp. 301-312. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a14v13n2.pdf>>
- OMS: Organização Mundial de Saúde (2002) *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization
- PAÚL, M. C. (2005) *Desenvolvimento humano e envelhecimento* In Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. (pp.11-12) Lisboa. Climepsi Editores.
- PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António Manuel (2005) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- PERESTRELO E CALDAS (1996) in *Sociologia - Problemas e Práticas*, n.º 22.
- PERISTA Heloísa; Perista Pedro (2012) *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora!* Estudo de diagnóstico. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade De Género.
- PIMENTEL, Luísa (2004). *O Idoso e a Família: Vidas com Projetos*. Futurando nº 11/12/13, Dezembro.
- PIMENTEL, L. (2009). *Quando a Solidão está no Meio da Multidão: o Papel dos Assistentes Sociais no Desenvolvimento de Estratégias de Articulação entre Famílias e as Instituições de acolhimento a pessoas idosas*. *Intervenção Social*, Lisboa, Lusíada, nº 35.
- POCINHO, Ricardo, S. P. (2014) *Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal*. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València. [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores\\_Pocinho.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf)[02 de janeiro de 2015].
- PORDATA (2014) *Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável–Europa*. <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela> [07 de abril de 2015].
- *Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março*
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (2003). *Manual de investigação em Ciências Sociais* (J.M. Marques, M. A. Mendes, M. Carvalho, Trad.). Lisboa: Gradiva
- REBELO E PENALVA, 2004; JACOB, 2013; *Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002*).
- REBELO, J.; PENALVA, H. (2004) “*Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade*” in II Congresso Português de Demografia. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal Setembro de 2004
- RIBEIRO, Óscar (2012) *Género e Envelhecimento* in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 231-253.
- SALGUEIRO, Nídia (2014). *Humanidade um imperativo do nosso tempo*. Ed. IGM Portugal – Humanidade, Lda.
- SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- SEQUEIRA, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.
- SERRA, Fernando Ribeiro [et al.] (2010) - *Gestão estratégica: conceitos e prática*. Lisboa: LIDEL.
- SERRANO, Gloria Pérez (2008). *Elaboração de Projetos Sociais. Casos Práticos*. Coleção Educação e Trabalho Social, nº7. Porto: Porto Editora.
- SIMÕES, M., Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2012). *Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidadores continuados*. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra, Portugal.
- SOMMERHALDER, C. (2001) *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- SOMMERHALDER, C.; NÉRI, A. L. (2002) *Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência*. In: NÉRI, A. L. (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea. 93-134.
- SQUIRE, A. (2002) *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.
- SILVA, A. & Madureira Pinto, J.; (1986) *Metodologia das Ciências Sociais.*, Porto: Edições Afrontamento.
- SILVA, Sofia M. (2009) *Envelhecimento Ativo Trajetórias de Vida e Ocupações na Reforma*. Tese de Mestrado em Sociologia. Universidade de Coimbra. Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida [20 de janeiro de 2015].
- SOUSA, S. et al (2012) *As Instituições Particulares de Solidariedade Social num contexto de crise económica*. Lisboa CNIS.
- SOUSA, J.G. (2015). *A Intervenção na velhice: novas configurações da cidadania. Novas exigências socioculturais*. In Pereira, J.D., Lopes, M.S., Rodrigues, T.M. (2015). *Animação sociocultural gerontologia educação intergeracional: estratégias e métodos de intervenção para um envelhecimento ativo*. 59-67.
- VALE, I. (2004). *Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática, O Estudo de Caso*. Revista da Escola Superior de Educação, vol.5. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, 171-202.
- VIEIRA, Ricardo e COZINHEIRO, Sofia (2008). *A entrevista biográfica na(re)construção de cinco histórias de ser e se tornar idoso(a)* in CRUZ, Fernando (Org.) *Atas do III Congresso Internacional de Etnografia*, Cabeceiras de Basto: AGIR
- VIEIRA, Ricardo (2008). *As histórias de vida como instrumento de investigação e (auto)formação de professores, imigrantes e idosos* in PASSEGGI, M.C. e SOUZA, E. (Org.) (2008). *(Auto) Biografia: Formação, Territórios e Saberes*, Natal /RN: EDUFRN e Paulus
- VIEIRA, Ricardo (2011). *Educação e Diversidade Cultural*, Porto: Afrontamento.
- VIEIRA, R. (2014). *Integração Social na terceira Idade. Ambientes Promotores de Envelhecimento Ativo*, In Azevedo, S. e Correia, F. *Educação e Integração Social*, 3º Congresso Internacional de Educação Social. Porto: Apses e Fronteira do Caos editora, ISBN 978-8647-30-6., pp. 107-121.
- VILELAS, J. (2009) (p.105). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

