

## ***A Dignidade em Lares de Idosos***

Sónia Alexandra Barros Cruz

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação do Professor Doutor Oscar Manuel Soares Ribeiro, Professor Auxiliar do ISSSP e co-orientação da Dra. Ana Sofia de Magalhães e Carvalho, Assistente do ISSSP.

**MARÇO DE 2014**

**Resumo:** A dignidade humana é um conceito socialmente construído por uma diversidade de valores e preferências individuais com implicações diretas na prática de cuidados em lares de idosos. A sua reflexão é presentemente escassa no panorama científico português, vislumbrando-se pertinente para uma ação futura mais adequada ao cuidado ético e personalista. O tema desta dissertação é discutir o conceito de dignidade nos cuidados de âmbito gerontológico através de oito eixos de análise: autonomia, independência, liberdade, identidade, integridade, respeito, privacidade e conforto do idoso institucionalizado. Trata-se de um estudo realizado em 14 lares de idosos no concelho de Santa Maria da Feira e que contou com a participação de 163 utentes e 178 prestadores de cuidados, os quais foram avaliados através de dois questionários próprios. Constatou-se que os utentes não entraram na instituição por sua própria iniciativa (60%), mas posteriormente conformaram-se (71%). Os motivos da institucionalização foram a falta de apoio familiar (38%) e dificuldades de autocuidado (29%), sendo que depois não costumam sair do lar (64%) e recebem regularmente visitas (67%) de familiares. De um modo geral, os resultados dos utentes são satisfatórios e a sua avaliação do lar é boa. Em regra, os resultados de satisfação dos utentes que tomaram a decisão livre e esclarecida e recebem visitas são superiores, em ambos os géneros, apesar de, tendencialmente, os homens apresentarem resultados mais favoráveis que as mulheres. Os utentes que consideraram preservada a sua autonomia, liberdade, identidade e integridade representam pouco mais de metade dos inquiridos. A participação nas atividades e a realização individual de tarefas é diminuta. Verifica-se a existência de respeito pelos seus direitos, na forma justa e ética de cuidado, que não é de todo coincidente com o respeito pela reserva da sua vida privada e o reconhecimento da sua individualidade própria. O conforto e a privacidade do utente são percecionados como bastante positivos. A percepção dos profissionais inquiridos acerca de todos os eixos de dignidade analisados é melhor comparativamente aos utentes. Todavia, o estudo revelou por parte dos profissionais pouca importância à decisão, autorização e informação dos idosos, quer na escolha das atividades, na divulgação de aspetos da sua vida privada e na prestação de informações esclarecidas sobre saúde. As instituições devem estar mais atentas aos aspetos invisíveis do cuidado personalizado no utente, e liderar uma oferta de serviços inovadores em busca do pleno cumprimento da dignidade humana.

**Palavras-chave:** Dignidade, lares de idosos, cuidado, responsabilização, ética.

**Abstract:** Human dignity is a socially constructed concept for a diversity of individual values and preferences with direct implications for the practice of care in nursing homes. Their ideas are presently scarce in Portuguese scientific landscape, glimpsing relevant for a more adequate to the ethical care and personalist future action. The theme of this dissertation is to discuss the concept of dignity in care geriatric under through eight angles: autonomy, independence, freedom, identity, integrity, respect, privacy and comfort of institutionalized elderly. It is a study in 14 nursing homes in the municipality of Santa Maria da Feira, which counted with the participation of 163 patients and 178 carers, which were evaluated using two questionnaires themselves. It was found that users did not enter the institution on its own initiative (60%), but later conformed (71%). The reasons of institutionalization are absence of family support (38%) and difficulties in self-care (29%), and then not usually leave the home (64%) and regularly receive visits (67%) of family members. In general the results are satisfactory to users of home and its evaluation is good. In general, the results of user satisfaction taking the free and informed decision and receive requests are superior in both genders, although it progressively men presented more favorable results than women. Users felt that preserved its autonomy, freedom, identity and integrity represent just over half of respondents. Participation in activities and individual fulfillment of tasks is minimal. Verifies the existence of respect for their rights in a fair and ethical care, which is not at all coincident with respect for their private life reserves and recognition of their own individuality. The comfort and privacy of the user are percecionados as quite positive. The perception of the professionals interviewed about all axes analyzed dignity is better compared to users. However , the study revealed by professionals unimportant to the decision , authorization and information for older people , both in choice of activities , dissemination of aspects of his private life and the provision of information on health clarified . Institutions should be more attentive to the invisible aspects of personalized care in the wearer, and lead an innovative service offering in search of full compliance with human dignity.

**Key words:** Dignity, nursing homes, care, accountability, ethics.

**Resumé:** La dignité humaine est un concept socialement construit pour une diversité des valeurs et des préférences individuelles avec des implications directes pour la pratique des soins dans les maisons de soins infirmiers. Leurs idées sont actuellement rares dans le paysage scientifique portugais, entrevoyant pertinent pour un plus adéquat aux soins éthique et action future personnaliste. Le thème de cette thèse est de discuter de la notion de dignité dans les soins gériatriques sous par huit angles: l'autonomie, l'indépendance, la liberté, l'identité, l'intégrité, le respect, la confidentialité et le confort des personnes âgées institutionnalisées. Il s'agit d'une étude dans 14 maisons de soins infirmiers dans la municipalité de Santa Maria da Feira, qui a compté avec la participation de 163 utilisateurs et 178 soignants, qui ont été évalués à l'aide de deux questionnaires popes. Il a été constaté que les utilisateurs ne sont pas entrés l'institution de sa propre initiative (60%), mais se conforment plus tard (71%). Les raisons sont le manque d'institutionnalisation de soutien familial (38%) et les difficultés d'auto-soins (29%), puis généralement pas quitter la maison (64%) et reçoivent régulièrement des visites (67%) des membres de la famille. En général, les résultats sont satisfaisants pour les utilisateurs de la maison et son évaluation est bonne. En général, les résultats de la satisfaction des utilisateurs en prenant la décision libre et éclairée et recevoir les demandes sont supérieures dans les deux sexes, bien que progressivement les hommes a présenté des résultats plus favorables que les femmes. Les utilisateurs estiment que préserver son autonomie, la liberté, l'identité et l'intégrité représentent un peu plus de la moitié des répondants. Participation à des activités et l'épanouissement individuel des tâches est minime. Vérifie l'existence de respect de leurs droits dans un foyer de soins équitable et éthique, qui n'est pas du tout coïncide avec le respect de leurs réserves de la vie privée et la reconnaissance de leur propre individualité. Le confort et l'intimité de l'utilisateur sont perçecionados que très positif. La perception des professionnels interrogés sur tous les axes analysés dignité est mieux par rapport aux utilisateurs. Cependant, l'étude a révélé par des professionnels sans importance à la décision, l'autorisation et de l'information pour les personnes âgées, tant dans le choix des activités, la diffusion des aspects de sa vie privée et la fourniture d'informations sur la santé précisé. Les institutions doivent être plus attentifs aux aspects invisibles de soins personnalisés dans le porteur, et entraîner une offre de services innovante à la recherche de la pleine conformité avec la dignité humaine.

**Mots-clés:** Dignité, maisons de soins infirmiers, les soins, la responsabilité, l'éthique.

## **ÍNDICE**

INTRODUÇÃO .....	1
Capítulo I. REVISÃO DA LITERATURA .....	2
1.1 Dignidade (s) e cuidados à população idosa .....	2
1.2 A Dignidade do idoso em estruturas de apoio gerontológico.....	8
1.2.1 Autonomia .....	8
1.2.2 Independência.....	9
1.2.3 Liberdade.....	10
1.2.4 Identidade .....	10
1.2.5 Integridade .....	11
1.2.6 Respeito.....	12
1.2.7 Privacidade.....	13
1.2.8 Conforto .....	14
1.3 Políticas de cuidado ético em estruturas sociais .....	14
1.4 Responsabilização familiar e social .....	18
Capítulo II. CONTRIBUTO EMPÍRICO .....	23
2.1 Objetivos do estudo .....	23
2.2 Contextualização geográfica e metodologia do estudo.....	23
2.3 Considerações éticas.....	26
2.4 Tratamento e análise de dados .....	27
2.5 Apresentação dos resultados e sua discussão.....	27
CONCLUSÕES .....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
APÊNDICES .....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

PARTE I - Apresentação dos resultados dos utentes.....	27
Figura 1. Género.....	27
Figura 2. Estado civil.....	27
Figura 3. Habilitações literárias.....	28
Figura 4. Tipo rendimento.....	28
Figura 5. Rendimento mensal.....	28
Figura 6. Motivo da institucionalização.....	29
Figura 7. Tomada de decisão da institucionalização.....	29
Figura 8. Concordância com a institucionalização.....	29
Figura 9. Sai do lar?.....	29
Figura 10. Recebe visitas regulares?.....	29
Figura 11. De quem?.....	29
Figura 12. Avaliação do lar.....	30
Figura 13. Aspetos a melhorar.....	30
PARTE II - Apresentação dos resultados dos prestadores de cuidados.....	32
Figura 14. Género.....	32
Figura15. Estado civil.....	32
Figura16. Habilitações literárias.....	32
Figura 17. Profissões dos prestadores de cuidados.....	33
PARTE III - Discussão dos resultados.....	35
Figura 18. Relação dos resultados dos utentes por intervalo de idade e género.....	35
Figura 19. Relação dos resultados dos idosos por género e vontade de entrada.....	35
Figura 20. Relação dos resultados dos idosos refletidos na vontade e motivo de entrada.....	36
Figura 21. Relação dos Resultados dos idosos por género e visitas.....	37

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1. Lares de idosos no concelho de Santa Maria da Feira.....	25
Tabela nº2. Resultados dos utentes.....	31
Tabela nº3. Resultados dos prestadores de cuidados.....	34

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação pretender abraçar a valência do conceito de dignidade humana nos cuidados prestados em lares de idosos. Para além de ser um valor fundamental consagrado nas constituições dos vários países do mundo, em códigos deontológicos profissionais, é um conceito objetivo e a base fundamental dos direitos humanos, um valor intrínseco próprio da humanidade e, portanto, estável e duradouro. Do ponto de vista subjetivo, inclui a ideia de que pode ser experimentado e socialmente construído consoante valores e preferências sociais, o que permite diferenças individuais. Portanto, não há começo nem um fim para o desenvolvimento do conceito da dignidade, por se tratar de um processo contínuo e dinâmico moldado pelo tempo e contexto.

O objetivo do presente estudo é avaliar o conceito teórico multidimensional da dignidade em lares de idosos, dotado de valor moral e ético, por forma a debater a responsabilização familiar e das organizações para que todos os aspetos da qualidade dos cuidados a idosos se tornem uma realidade. A manutenção da dignidade é crucial para os utentes institucionalizados, devendo ser aprimoradas as propriedades do conceito para descrever os efeitos do seu desrespeito na personalidade individual com perdas seletivas em cuidados de longa permanência e, assim, envolvendo-se em práticas para a sua promoção nos cuidados sociais.

O desenvolvimento deste trabalho divide-se em duas partes fundamentais. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico geral dos aspectos temáticos da dignidade nos cuidados acerca da sua definição. Apresenta-se mais dois sub-temas conexos, referentes ao cuidado ético e responsabilização familiar e social. No segundo capítulo apresenta-se o estudo empírico realizado após a exposição dos objectivos da investigação, a descrição da concepção metodológica e as opções tomadas nesta matéria. Segue-se a apresentação dos resultados do estudo, subdividida em análise descritiva da informação sócio-demográfica da amostra de utentes e prestadores de cuidado, das evidências de respeito pela dignidade dos idosos e a análise de restantes variáveis consideradas. Posteriormente desenvolve-se a discussão dos resultados mais relevantes e as implicações na prática social e de saúde, no sentido de uma ação futura mais adequada e benéfica que conduza a um cuidado ético e personalista eficiente.

Conclui-se a relevância deste estudo para o estado atual do conhecimento, uma vez que foram encontradas relações significativas entre as variáveis dignidade, autonomia, segurança, independência, respeito e conforto. A implementação do cuidado digno deve ser encarado como um desafio constante para as famílias e instituições através do teste de novos modelos ou abordagens gerontológicas eficazes e sensíveis com as práticas e cuidados diários. Os serviços prestados pelos lares de idosos devem reajustar-se às necessidades individuais promovendo importantes valores morais mais ou menos relacionados.

## **Capítulo I. REVISÃO DA LITERATURA**

### **1.1 Dignidade(s) e cuidados à população idosa**

A dignidade humana é um conceito complexo, de difícil definição, poderosamente evocativo e amplamente afirmado, mas é evasivo quanto ao seu conteúdo mínimo, significado e exigências precisas. Essencialmente, é entendida como uma excelência ou virtude moral da pessoa, uma qualidade sem preço que contribui para a felicidade humana.

A dignidade relaciona-se com a individualidade racional e a autonomia como um valor intrínseco que lhe permite perseguir e determinar os seus próprios fins (Gallagher, Li, Wainwright, Jones & Lee, 2008). Numa visão mais crítica, Macklin (2003) argumenta que a dignidade é um conceito inútil em ética médica e pode ser eliminado sem qualquer perda de conteúdo porque não acrescenta nada ao princípio da autonomia.

Não há dúvidas de que se refere ao núcleo essencial e inalienável da natureza humana porque é inviolável e, ao mesmo tempo, aplica-se a todos os seres humanos (Stievano, Rocco, Sabatino & Alvaro, 2012). No entanto, há discordância quanto ao reconhecer, respeitar e promover a dignidade dos indivíduos dentro da realidade diária dos cuidados (Chapman, 2011).

Surpreendentemente são poucas as pesquisas realizadas para explorar o sentido da dignidade nos serviços sociais, especialmente no caso das populações mais vulneráveis, onde é mais notadamente ameaçada e desafiada (Badcott & Leget 2013; Hall & Hoy, 2012; Van Gennip, Pasman, Oosterveld-Vlug, Willems & Onwuteaka-Philipsen, 2013) e para as quais as mudanças institucionais e respostas políticas são ausentes.

A literatura existente apresenta-nos algumas definições conceptuais descritas de várias perspectivas, incluindo a manutenção da dignidade (Randers & Mattiasson, 2004), a preservação da dignidade (Anderberg, Lepp, Berglund & Segesten, 2007) e a conservação da dignidade no cuidado (Chochinov, 2007). A manutenção da dignidade implica defender a autonomia de uma pessoa; a preservação da dignidade, por sua vez, é caracterizada pelo respeito, atendimento individualizado, restauro do controlo defensivo e uma escuta sensível; já a conservação da dignidade no cuidado tem sido descrita como uma continuidade de si, preservação do seu papel, manutenção de orgulho, esperança, autonomia, aceitação e resistência ou espírito de luta (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, McClement & Harlos, 2002; Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternestedt, 2009).

Em suma, a dignidade no contexto de cuidados foi promovida para superar as necessidades básicas do idoso, bem como respeitar a sua identidade e integridade na dimensão do fazer.

O mais abrangente estudo europeu sobre a dignidade dos idosos que resultou num grande número de publicações, teóricas e empíricas (Tadd, Bayer & Dieppe, 2002; Woolhead, Calnan, Dieppe & Tadd, 2004), obteve opiniões de idosos, jovens e pessoas de meia-idade, profissionais de assistência social e da saúde sobre a valia de dignidade como conceito multifacetado com componentes: (i) a dignidade da identidade (autorespeito, integridade, confiança); (ii) direitos humanos (a igualdade, a escolha); e (iii) a autonomia (independência,

controle). Os dados desse estudo sugerem como cada um dos componentes pode ser mantido ou comprometido pelo comportamento da pessoa em si, o comportamento da equipa profissional e pelo ambiente. Especificamente, a dignidade como componente conceitual foi contestada por meio de interações negativas entre funcionários e utentes, ao indicar nos seus resultados um tratamento ao idoso como “objeto”, falta de privacidade, falta de informação sobre aspetos de saúde clínica, falta de comunicação e uma insensibilidade geral para as suas necessidades, propondo uma dignidade humana estimulada através da saúde, práticas e políticas de assistência social personalizadas num plano retórico. Também Jacelon (2004) identificou características comportamentais de dignidade para dar um contributo importante para as ciências sociais e de saúde, facilitando o desenvolvimento de uma definição operacional que presta o desenvolvimento de intervenções que promovam a dignidade ao utente idoso.

Todavia, estas diferentes concepções da dignidade representam importantes convicções éticas e morais relacionadas com diversos e, muitas vezes contestados, compromissos metafísicos, como crenças religiosas que não podem ser facilmente separadas do senso de responsabilidade pessoal. A este respeito, Badcott e Leget (2013) apresentam três versões do conceito de dignidade para o cuidado ético: (i) *dignidade social*, inteiramente dependente da opinião dos outros; (ii) a *dignidade relacional* que pode ser ou melhorada ou prejudicada em função dos contextos; (iii) a *dignidade subjetiva* na qual se considera os elementos coerentes e expressivos da dignidade intrínseca como estado de virtudes, inatas, estritamente pessoais. Existe uma interligação e interdependência mútua das três versões, sendo que a dignidade social ou relacional tem uma precedência sistemática.

A dignidade pode ser descrita como *absoluta* e *relativa*. A dignidade *absoluta* é a dignidade para o respeito da pessoa responsável como uma liberdade individual, podendo ser respeitada ou violada. A dignidade relativa deriva de fatores culturais em que os indivíduos se encontram, como sejam o nível educacional e a rede social (Randers & Mattiasson, 2004). Quando estas condições culturais desaparecem, existe o risco de violação da dignidade, pelo que os profissionais de cuidado devem estar conscientes dos princípios éticos, dos valores e ações necessários para a manutenção de uma dignidade plenamente preservada.

A dignidade tem uma dimensão *subjetiva* e uma dimensão *objetiva*. A dimensão *objetiva* delineada por Gallagher (2004) é universal a todos os indivíduos e fundamental aos direitos humanos, e independentemente da sua condição nunca pode ser perdida. A dignidade *subjetiva* é a dignidade que atribuímos a nós mesmos como pessoas autónomas com uma história de vida, como um estado de conforto físico, emocional e espiritual individual, refugiado numa crença pessoal dinâmica e partilhada com as pessoas da nossa cultura social. Esta última dimensão da dignidade não é constante e pode ser ameaçada pelas ações dos outros e até mesmo pelo envelhecimento em si, pois pode mudar ao longo do tempo devido à idade e às suas perdas associadas, consideradas de particular importância quando se trata de idosos em situação de vulnerabilidade, fragilidade e dependência (Nordenfelt, 2004; Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006; Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternstedt, 2009).

A dignidade é diferenciada em dignidade *intrapessoal* e dignidade *relacional*. A dignidade *intrapessoal* relaciona-se com as ideias pessoais e características físicas da pessoa enquanto a dignidade *relacional* é socialmente construída pelo ato de reconhecimento social (Pleschberger, 2007). Para esta autora, há uma percepção de cuidados insuficientes, evidências de que os cuidados carecem de qualidade nos lares de idosos, como lugares onde os moradores vivem as suas vidas nas modernas sociedades ocidentais e onde há uma crescente discussão sobre a introdução de cuidados de fim de vida melhorados. No seu estudo, de índole qualitativo, a autora entrevistou idosos em lares com o objetivo de indagar sobre a morte com dignidade ou morte no momento certo, tendo estes apenas se referenciado ao cuidado digno sobre: (i) estar ativo até ao fim, (ii) respeitar uma vontade e estar preparado para morrer, (iii) não sofrer dor, (iv) estar entre as pessoas próximas. Este estudo reconhece a vulnerabilidade dos residentes em lar, incluídos na categoria de "não ser um fardo", ameaçados pelas restrições da doença, necessidade de cuidados e de redes sociais.

Reeve (2008) desenvolveu a noção de dignidade *recíproca*, explicando que quando uma pessoa se comporta de forma correta e digna, o outro recetor responde da mesma forma.

Também Chochinov et al. (2008) apresentam um conceito bastante funcional de dignidade nos cuidados paliativos, em que a doença e as preocupações sociais (i.e nível de independência, capacidade cognitiva, sofrimento físico e/ou psicológico, incerteza médica e ansiedade) podem ter um efeito prejudicial na influência sobre a dignidade. Para estes autores, a qualidade dos cuidados paliativos depende de uma compreensão profunda do sofrimento enfrentado por aqueles que se aproximam da morte, sendo os seus aspetos psicossociais e a angústia existencial/espiritual frequentemente esquecidos. Portanto, estes cuidados enfrentam muitos desafios prementes, não menos do que encontrar formas confiáveis e eficientes para identificar vários tipos de sofrimento nas suas patologias.

Nordenfelt (2004) diferencia entre quatro tipos de dignidade: a dignidade *mérito*; a dignidade de *estatura moral*; a dignidade de *identidade* e a *dignidade humana universal*. Também discute a dignidade no contexto de cuidar de idosos, argumentando que estes possuem um tipo peculiar de dignidade que caracterizou como uma dignidade de *sabedoria* ou *mérito* resultante dos esforços ao longo da vida. A dignidade de *mérito* não se refere ao mérito socialmente reconhecido, mas a conquistas individuais no desempenho dos seus papéis sociais pelo mérito das suas ações. A dignidade da *estatura moral* baseia-se no resultado das ações e omissões morais estando intrinsecamente dependentes da ação e do tipo de sujeito no estado presente e futuro. A dignidade da *identidade* pessoal centra-se na autonomia individual e na integridade e fica em causa em situações de desprezo, humilhação ou insulto. A este propósito, Reeve (2008) explicou que a dignidade da *identidade* se relaciona com as expectativas de saúde e sociais dos idosos e dos prestadores de cuidados. Por exemplo, uma questão fundamental para os utentes idosos trata de saber se o cuidado prestado melhora ou prejudica a sua autonomia. Assim, a dignidade associa-se a uma identidade pessoal, auto-percepção e auto-respeito (Ternstedt et al, 2002; Franklin et al, 2006; Dwyer et al, 2008). A *dignidade humana universal* significa uma dignidade intrínseca em que todos temos o mesmo

grau, apenas porque somos seres humanos e não pode ser perdida enquanto as pessoas existem (Welford, Murphy, Casey & Wallace, 2010; Agich, 2007; Nordenfelt, 2004).

Por fim, distingue-se entre dignidade *atributiva* e dignidade *intrínseca*. A dignidade *atributiva* é o valor que atribuímos aos indivíduos em virtude das circunstâncias em que se encontram, explicando que uma pessoa pode ter mais ou menos atributos de dignidade dependendo das características ou circunstâncias. A dignidade *intrínseca* é o valor que os seres humanos têm simplesmente em virtude de serem seres humanos, não sendo determinada pela posição social, poder ou habilidades específicas (Antiel, Curlin, James, Sulmasy & Tilburt 2012).

Pelo exposto, os idosos não merecem ser abandonados ou tratados fora dos limites da decência humana porque como uma classe heterogênea possuem a dignidade própria da sabedoria e do mérito (Agich, 2007). Contudo, há poucas oportunidades socialmente dignificantes para os relacionamentos dentro dos lares pela ameaça que a demência representa para os idosos (Pleschberger, 2007). Evidentemente a compreensão da dignidade não é apenas individualista e pessoal, pois tem uma relação estreita com as ideias sociais de valor, influenciáveis por todos os sujeitos nas instituições. Todavia, a autora refere no seu estudo, por um lado, que em relação aos profissionais, as equipas não são adequadas para estabelecer relações dignificantes e são insuficientes quanto ao número de pessoal; por outro lado, em relação aos idosos, os seus relacionamentos por causa do declínio da saúde e elevado número de situações de demência são limitados pois facilmente estão em alto risco de dano à sua dignidade devido às alterações físicas associadas com o envelhecimento e em duplo dano nos casos sobreponíveis com demência, ambos fenómenos de relevância ética distinta. Em parte, porque o aumento da dependência dos outros aumenta o risco de serem tratados de uma forma que prejudica a sua integridade e autonomia (Reeve, 2008). Os três grandes desafios apontados por Reeve (2008) são: (i) apoiar as pessoas numa base regular de cuidados com o mesmo respeito e empatia que gostaria para si mesmo ou para um membro da família; (ii) tratar cada pessoa como um indivíduo, oferecendo um serviço personalizado, o que inclui investir tempo a conhecer o idoso; (iii) permitir que as pessoas idosas mantenham o nível máximo de independência, de escolha e de controlo possíveis, encorajando-os a fazer tudo o que possam fazer por si próprias.

A dignidade é uma característica inerente do ser humano, que pode ser sentida subjetivamente como um atributo do ser, e se manifesta por meio de comportamentos que demonstrem respeito por si mesmo e pelos outros. Se não existir um equilíbrio no cuidado poderão ocorrer sérias implicações para o bem-estar humano, bem como um custo económico resultante da insatisfação ou descontentamento dos clientes de serviços de apoio gerontológico (Tadd, Bayer & Dieppe, 2002; Tadd, 2006). Mas, só percebemos a indignidade em circunstâncias inadequadas, incompetentes ou extraordinariamente vulneráveis, como por exemplo situações de invisibilidade, cuidado despersonalizado e mecanicista, como um objeto de humilhação e abuso. Nesta perspetiva, um estudo sueco (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006) sugeriu três temas que ilustram aspetos do envelhecimento e a vulnerabilidade dos

idosos em relação à dignidade em contexto institucional de lares de idosos: (i) o corpo irreconhecível (incapacidades e perdas no controlar as funções corporais e comportamentais); (ii) a fragilidade e dependência (episódios e experiências diárias dos idosos relacionados com diminuições físicas e psicológicas); (ii) a força interior e senso de coerência (valores e estima pelas ações próprias, autoimagem e esforço para manter a sua dignidade no fim da sua vida). Estes três aspetos interagem e podem tanto promover como impedir uma dignidade de identidade, dependendo de circunstâncias pessoais e organizacionais.

O modelo ou terapia da dignidade proposto por Chochinov et al, (2008) é um passo crítico para a compreensão da angústia e sofrimento humano e deve ajudar os profissionais a oferecer qualidade em cuidados de fim de vida através da conservação da dignidade numa grande variedade de aspetos físicos, aspetos psicossociais, existenciais e espirituais do utente. A terapia da dignidade é exemplo de um programa terapêutico que ajuda os residentes a reavaliar aspetos de suas vidas de forma positiva, enquanto diminuem o sofrimento e reforçam um senso de significado em fim de vida (Goddard, Speck, Martin & Hall, 2013).

A religiosidade e a espiritualidade estão fortemente associadas com a crença de que a vida do idoso é digna de ser vivida (Antiel, Curlin, James, Sulmasy & Tilburt, 2012). No estudo desenvolvido por estes autores sobre o sentido e alcance da dignidade em contexto clínico sobre cuidados em fim de vida, o conceito marca uma intromissão indevida com bastante influência prática acerca da opinião dos médicos, mais concretamente nas suas características religiosas para averiguar os seus pontos de vista no exame e julgamentos sobre cenários clínicos. Os médicos que eram mais religiosos tenderam a abraçar uma visão da dignidade permanente, igualitária e transcendente da humanidade, tendo atitudes diferentes sobre o valor da vida dos utentes, em relação os seus colegas não religiosos.

Já as condições de doença não afetam a dignidade dos utentes diretamente, mas indiretamente por afetar a maneira como estes se percebem a si mesmos no seu eu individual, auto-relacional e social (Van Gennip, Pasman, Oosterveld-Vlug, Willews, Onwuteaka-Philipsen, 2013).

A literatura sobre as perspectivas profissionais no fornecimento de dignidade no atendimento e, mais especificamente, sobre os factores educacionais, culturais e organizacionais que permitem ou impedem a sua implementação é escassa (Cairns et al. 2013). Esta é uma omissão negligente, pois as atitudes, habilidades e comportamentos dos funcionários através do desenvolvimento de uma organização cultural, com políticas e práticas específicas, são fundamentais para uma disponibilização de cuidados tangíveis (Hall & Hoy, 2012). Se um profissional de saúde quer promover a dignidade de uma pessoa, deve primeiramente expandir as suas próprias capacidades ou melhorar suas circunstâncias (Gallagher, Li, Wainwright, Jonas & Lee, 2008). Mas, os profissionais consideram mais fácil falar das suas experiências de indignidade no atendimento/cuidado do que naquelas onde a dignidade tinha sido melhorada (Chochinov, 2007). Um outro estudo revelou semelhante conclusão explicando a existência de um conflito moral nos prestadores de cuidado entre

aquilo que eles são capazes de oferecer e aquilo que gostariam de dar em cuidado às pessoas idosas (Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternstedt, 2009).

Neste sentido, os profissionais de assistência social, mas também os profissionais de saúde (a tempo inteiro ou parcial, avançados ou não) que realizam as suas funções neste contexto institucional de lar de idosos devem estar conscientes da ética, dos valores necessários para cada utente sentir a sua dignidade plenamente respeitada (Randers & Mattiasson, 2004). Um clima de motivação, abertura e flexibilidade deve existir (Beauchamp & Childress, 1994) nas instituições, assim como o respeito pela dignidade na relação entre os funcionários e residentes (Seedhouse & Gallagher, 2002).

É irónico que todos temos uma compreensão intuitiva, imediata e clara sobre o que se considera ser violações flagrantes do respeito pela dignidade humana em cuidados. O respeito pela dignidade humana é adquirido, comparativamente a outras atitudes morais fundamentais, como parte do processo de crescer e viver numa comunidade cultural em que determinados padrões de comportamento são visíveis e incentivados (Badcott & Leget, 2013). Uma ampla abordagem estratégica a nível institucional é proposta por Tadd et al. (2011) referindo-se aos facilitadores de assistência digna (i.e uso de sinalética nos espaços, instalações sanitárias separadas por sexo, colaboradores com perfil adequado, práticas de comunicação e atitudes respeitadas, promoção do trabalho em equipa, promoção de confiança na delegação de tarefas, existência de sistemas de avaliação e de incentivo aos funcionários, políticas e objetivos organizacionais).

Andorno (2013) sugere que o princípio do respeito pelos direitos humanos serve tanto para estabelecer padrões mínimos de tratamento (requisitos positivos), como a proibição de certas práticas (requisitos negativos). Os profissionais devem desenvolver habilidades para a compreensão das necessidades e preferências dos indivíduos (Baillie & Gallagher, 2011; Papastavrou, 2012), um modelo de atenção individualizada e diferenciada (Anderberg, Leep, Berglund & Segesten, 2007; Hall & Høy, 2012). Os utentes não devem ser vistos como seres objeto de cuidados repetidos diários, mas como indivíduos com crenças, valores, capacidades e histórias de vida.

No entanto, auxiliar a manutenção da dignidade nem sempre é possível devido ao tempo limitado, à falta de recursos, à ausência de prioridades de gestão, a uma gama de emoções dos funcionários, tais como, uma sensação diminuída de confiança organizacional e compromisso, a falta de um senso de respeito e de pertença, incapacidade de exercer decisão nos ambientes de trabalho, a falta de participação democrática na condução dos utentes e o descontentamento por reduzidas oportunidades de progressão na carreira e *burnout* (Papastavrou, 2012). A isto acresce que os funcionários dos lares de idosos constituem grupos profissionais com baixo *status* profissional, uma vez que as relações de cuidado continuam a ser dominadas pela medicina em todos os níveis.

O conceito de dignidade da pessoa humana continua a ocupar uma atenção considerável em medicina ética, especialmente no que diz respeito aos cuidados de saúde no final de vida. A prevenção de danos à dignidade dos utentes em toda a trajetória de vida é de

suma importância porque logo que os sentidos da dignidade sejam violados pode ser muito difícil, senão impossível, recuperá-la. É crucial o envolvimento da família e amigos, uma atitude empática por parte dos profissionais de saúde e uma consciência social reforçada para um forte senso de dignidade (Van Gennip et al., 2013).

## **1.2. A Dignidade do idoso em estruturas de apoio gerontológico**

A realidade a que nos propusemos abraçar sobre o ambiente de cuidado digno explica-se e concretiza-se com outros aspetos componentes da dignidade em contexto de lar. Por isso, entende-se importante concretizar estas componentes variáveis (autonomia, independência, liberdade, identidade, integridade, respeito, privacidade e conforto) e dotá-las de maior pormenorização no contexto de cuidados gerontológicos. Desta forma, revelou-se imperiosa a abordagem de temáticas incidentes com os mais elementares direitos individuais e sociais do idoso, bem como as problemáticas e os desafios a que se encontram sujeitos os utentes e prestadores de cuidados a idosos, na medida em que se revelam de possível execução nos seus cuidados quotidianos respeitando a dignidade da pessoa humana, inerente a todo o cidadão.

### **1.2.1 Autonomia**

A autonomia é uma capacidade e domínio de atividade humana que se tornou num importante princípio ético em cuidados por promover oportunidades ao idoso de fazer escolhas independentes através de informações adequadas e individualizadas. Trata-se de um conceito equivalente à liberdade, à autodeterminação, independência, autoconhecimento, ao mesmo tempo que contém as qualidades de autoafirmação, reflexão crítica e ausência de obrigações (Agich, 2004). Trata-se de uma capacidade para o autogoverno, uma qualidade inerente aos seres racionais que permite fazer escolhas e tomar ações fundamentadas com base numa avaliação pessoal de possibilidades de acordo com o próprio sistema de valores (Hanssen, 2004), o que inclui o domínio sobre escolhas de alimentos, roupas, objetos pessoais, horários e rotinas (Welford, Murphy, Casey & Wallace, 2010). A autonomia é fundamentada no respeito pela capacidade individual dos utentes de escolher, decidir e assumir a responsabilidade pelas suas próprias vidas (Randers, & Mattiasson, 2004).

No entanto, nos lares de idosos, os utentes são, na maioria das vezes, dependentes das equipas de cuidados para concluir as atividades da vida diária. Vários estudos já comprovaram a diminuição de autonomia nas instituições sociais e de saúde por força do contexto (Randers & Mattiasson, 2004; Boyle, 2005; Hoy, Wagner & Hall, 2007; Singh, Roberts, Irving & Singht, 2013), identificando que, às vezes, os idosos tinham a sua liberdade de movimento estrangida ou foram ignorados ou negados no direito de falar, de tal forma que a

assistência prestada foi um pouco privativa da sua liberdade, afigurando-se até mesmo abusiva.

A manutenção de decisão de autonomia sobre a vida quotidiana é fundamental para a qualidade de vida das pessoas mais velhas no cuidado a longo prazo, seja em instituições ou ambientes de cuidados domiciliares (Boyle, 2005), e, para isso, o idoso não pode ser mero destinatário passivo de direitos sociais. Têm também o desejo de exercer a sua autonomia na relação de saúde em todas as fases do diagnóstico, prognóstico e tratamento (Oliveira, Barbosa & Barbas, 2012), tendo os profissionais de preservar e não interferir ou contradizer os valores e crenças de vida do utente. Portanto, a autonomia é preservada pela capacidade de negociar o cuidado, dar informações, incentivar o utente a manter a independência física, reconhecer a personalidade e individualidade, usar uma linguagem acessível (Welford, Murphy, Casey & Wallace, 2010), numa abordagem holística e centrada na pessoa (Gallagher, Li, Wainwright, Jones & Lee, 2008).

### **1.2.2 Independência**

A independência coincide sobre o nível de funcionamento físico do indivíduo e a capacidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda. Independência é entendida como a capacidade do indivíduo funcionar e fazer escolhas, direcionar ou negociar exigências da sua execução (Welford, Murphy, Casey & Wallace, 2010). A importância de manter o funcionamento e independência na promoção de um sentimento de dignidade é reconhecida em modelos de dignidade (Bayer, Tadd & Krajcik, 2005) e as preocupações sobre um possível aumento da dependência física e mental (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006) tem sido demonstradas em estudos centrados particularmente na população idosa (Hall, Longhurst, Higginson, 2009; Hall, Goddard, Opio, Speck & Higginson, 2011).

Contudo, o ideal liberal da independência nos cuidados e serviços de apoio é ainda negado, já que reconhecer ou aceitar essa necessidade envolve uma aceitação plena e ter como fim último o valor da pessoa (Agich, 2007). Manifesta-se na capacidade de manter capacidades mentais e de realizar tarefas associadas com as atividades da capacidade funcional (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, McClement & Harlos, 2002), tais como a manutenção das rotinas diárias (Meyer, 2010; Clark, 2010; Capezutti & Hamers, 2013) através do apoio pela família, membros e profissionais de saúde (Cooper, Blanchard, Selwood, Walker & Livingston, 2010).

Os sentimentos de estar em casa também são experimentados por pessoas que vivem em residências séniores, com um forte sentimento de segurança garantido pelo ambiente profissional destinado a capacitar ativamente essas rotinas pessoais através de ações de atenção e empatia, com práticas de atendimento humanizadas e sensíveis (Östlund, Brown, Johnston, 2012).

A manutenção de tarefas diárias e atividades sociais cujo desempenho requer habilidades e comportamentos específicos, com a agravante dos efeitos do envelhecimento

poderem não só atrapalhar a capacidade das pessoas de realizar o que até agora tem sido a sua rotina diária, mas também se poderem manifestar em mudanças nas suas atitudes nas várias componentes da vida independente (Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012). Desta forma, o desenvolvimento de atividades independentes e a capacidade de controlar a própria vida de acordo com as suas necessidades e preferências são objetivos para os idosos (Dale, Soderhamn & Soderhamn, 2012).

### **1.2.3 Liberdade**

A liberdade diz respeito à capacidade de agir, sem constrangimentos externos ou internos, enquanto a autonomia diz respeito à independência e autenticidade dos desejos que movem a pessoa a agir em primeiro lugar. O feedback entre dignidade e liberdade proporciona os mecanismos existentes levando à mudança institucional, o que pode ser importante para o crescimento económico sustentado, superar o compromisso credível e os problemas de ação social coletiva. A partir desta perspectiva, importa dar a liberdade para inovar e persuadir os intervenientes para cultivar as virtudes éticas (Williamson, 2012).

A manutenção da liberdade, a independência e a autonomia foram fatores importantes na conservação da dignidade dos utentes (Tadd, 2006; Hall, Longhurst, Higginson, 2009; Jacelon, 2004; Bayer, Tadd & Krajcik, 2005). Nas instituições de cuidado, a liberdade pode ser alcançada através de cuidados negociados através de uma comunicação aberta e respeitosa (Beauchamp & Childress, 1994).

A maioria dos residentes de equipamentos sociais precisa de ajuda com as atividades da vida diária, o que muitas vezes leva ao paternalismo, beneficente significativamente, mas ainda prejudicial. Em ambientes de cuidado de longa permanência, o choque entre o paternalismo e a liberdade, muitas vezes surge em ocorrências diárias (por exemplo, liberdade de movimento, escolha de alimentos, o que vestir, quando tomar banho etc.) Nestas situações, o pessoal utiliza habilidades de comunicação e ferramentas de persuasão (Rigby, Payne & Froggatt, 2010). Isto poderia ser feito para proteger um residente sem causar angústia, ou, às vezes, simplesmente para tornar a vida mais fácil para os funcionários, que estão geralmente em posição de decidir se um residente é capaz, e se os seus desejos são seguros e razoáveis (Meyer, 2010). A violação da dignidade é provável de ocorrer quando um ator/interveniente tem mais poder, autoridade ou força perante o outro (Hall, Dodd & Higginson, 2013).

### **1.2.4 Identidade**

A identidade relaciona-se com as preocupações do individual, do ser autónomo racional que preserva o auto-respeito (Gallagher, Li, Wainwright, Jones & Lee, 2008). É particularmente importante entender que viver em colectivo não quer significar que os idosos queiram as mesmas coisas, apesar de não haver a consciencialização entre os funcionários

que cada pessoa é única com necessidades diferentes de atendimento individualizado (Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternestedt, 2009).

A dignidade aumenta quando o idoso é percebido e reconhecido dessa forma (Høy, Wagner, Hall, 2007). Conforme Nordenfelt (2009) evidencia, a identidade é uma das questões mais importantes nos contextos de doença e envelhecimento por causa do nosso apego a nós mesmos como pessoas integradas e autónomas, com uma história e um futuro. Este autor acrescenta ainda que os estereótipos da velhice podem adicionar sentimentos negativos, ou seja, a imagem dos idosos como sendo um fardo, anónimo, invisível, e sem potencial e competências.

Ter um espaço privado que respeite a integridade pessoal, um espaço físico e interior do idoso, assim como ter necessidades corporais satisfeitas através do uso de roupas próprias e limpas, do banho, corte e arranjo de cabelo e unhas permitem a manutenção do eu individual e a promoção da integridade física, social e existencial (Høy, Wagner, Hall, 2007).

O prestador de cuidados não deve ver o residente como ativo ou passivo, mas sim percebê-lo como uma pessoa de valor, única, com crenças próprias, valores e capacidades sociais, com quem se pode estabelecer um diálogo e atividades dignificantes (Høy, Wagner, Hall, 2007). Seedhouse e Gallagher (2002) declaram que um aspecto geralmente negligenciado na promoção da dignidade na prática de cuidados sociais e de saúde é a dedicação de tempo para conhecer o indivíduo e as suas circunstâncias.

A percepção de auto-cuidado das pessoas idosas com capacidade e saúde estão intimamente relacionados com a manutenção de identidade, pelo que a deterioração física de uma pessoa face às experiências de envelhecimento geralmente traz um grau de adaptação à sua identidade (Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012). Também Woolhead, Calnam, Dieppe e Tadd (2004) numa investigação exploratória das percepções sobre crenças e significados associados à dignidade por idosos de níveis socioeconómicos, de saúde e incapacidade diferenciados, que vivem em contextos institucionais e comunitários, concluíram que a identidade pessoal e a autonomia são os aspetos mais significativos para a sua dignidade relacionável com a liberdade de ações em seus contextos pessoais.

### **1.2.5 Integridade**

A integridade como uma expressão de plenitude e significado individual (i.e. a personalidade, hábitos e preferências pessoais e a necessidade de desenvolver os seus recursos próprios) obriga a existência de condições físicas e mentais, independentemente da capacidade da pessoa para agir autonomamente. A autonomia dos utentes quando suportada pela sua integridade é protegida, sendo a sua dignidade mantida (Randers & Mattiasson, 2004).

Trata-se do direito a uma esfera privada em relação a aspetos físicos (partes do corpo humano) e psicológicos (certos valores, opiniões e pensamentos) como um direito do indivíduo

de proteção ilimitada da sua esfera pessoal (e íntima) própria, de não exposição física, sendo também um princípio da ética do cuidado (Oliver, 2012).

Estas preocupações no cuidado restauram no idoso a autonomia de decisão e afirmam um estado de plenitude na manutenção da sua integridade, protegendo assim a sua dignidade. Isto significa que a integridade deve ser tomada em consideração, mesmo em circunstâncias em que as decisões têm de ser tomadas por alguém que não o próprio (Albergs et al. 2012).

No cuidado de pessoas idosas confrontamos os efeitos contínuos da reduzida autonomia e da ameaçada integridade. A integridade envolve o respeito em termos de sua capacidade de escolher, decidir e assumir a responsabilidade por suas próprias vidas com valor intrínseco dos utentes, que marca o seu valor independentemente dos outros (Ferguson, Ward, Card, Sheppard & McMurtry, 2013).

### **1.2.6 Respeito**

É o respeito que demonstra a nossa preocupação pelo cuidado como valor moral inerente da pessoa que expressa a nossa própria dignidade (Tadd, 2006). No entanto, quando a personalidade não é afirmada, os pacientes são mais propensos a sentir que não estão a ser tratados com dignidade e respeito (Chochinov, 2007). Desde um ponto de vista filosófico, o respeito é uma atitude moral enquanto a autonomia é uma capacidade humana.

O respeito pelo utente na forma de incentivo da sua total autonomia em todas as circunstâncias é ilógica, e a partir de ponto de vista ético questionável, porque as consequências de escolher autonomamente sobre não-maleficência / beneficência pode, em certas situações, colocar em perigo a vida dos utentes (Hanssen, 2004). Esta autora num estudo empírico sobre os desafios éticos na enfermagem concluiu sobre a dificuldade de lidar com os utentes que, voluntariamente, submetem-se a tratamento, mas que não escolhem nem participam ativamente no tratamento oferecido. Também refere que quando se promove oportunidades para fazer escolhas independentes, encontram utentes que aparentemente renunciam ao seu direito de escolha. Isto acarreta problemas práticos, tais como a forma de lidar com situações em que os idosos insistem em tomar cuidados de saúde e ações que os enfermeiros sabem ser prejudiciais, ou quando os familiares agem de maneira a perturbá-los. Pode haver um elenco de razões pelas quais os idosos estão mal preparados mentalmente para tomar informações e fazer escolhas, tais como fadiga devido a doença, reações psicológicas, diagnósticos graves, questões culturais e de educação.

Numa investigação etnográfica sobre a experiência de dignidade no tratamento clínico agudo de pessoas idosas desenvolvida por Tadd, Hillman, Calnan, Calnan, Read e Bayer (2011) destacou-se que a experiência da dignidade era dependente de ser: a) capaz de manter a identidade pessoal e respeito por si próprio; b) reconhecê-lo como um ser humano igual; c) ser tratado com respeito pelos outros; d) ser capaz de exercer o controle, mesmo quando dependente dos outros. Os mesmos autores concluíram que se tratam de ambientes que não são amigáveis aos idosos em geral, afigurando-se especialmente hostis para as pessoas sem

deficiências cognitivas, com uma cultura avessa ao risco e defensiva, onde o atendimento está subvalorizado por listas de verificação padronizadas.

Especialmente, os utentes idosos se devem sentir valorizados, ser respeitados pelo seu conhecimento, contribuição para a sociedade e ter oportunidades para fazer escolhas (Lovell, 2006). Os idosos devem ser envolvidos no serviço, na entrega de programas educacionais e de lazer, dizendo diretamente suas próprias vontades, o que aumenta o cuidado centrado no utente. No entanto, dada uma série de pesquisas e auditorias que relatam a falta de privacidade, dignidade e respeito nos serviços sociais e de saúde a idosos, parece existir uma necessidade crescente em reafirmar os conhecimentos, habilidades e valores profissionais e colaborativos em contexto institucional (Chadwick, 2012).

### **1.2.7 Privacidade**

A falta de privacidade resulta em embaraço, vergonha e humilhação. Os quartos, normalmente apontados como o local preferido, são o espaço onde os idosos encontram a sua identidade, mantêm as suas referências (Paiva & Villarouco, 2012), onde podem ter os seus próprios pertences e apego religioso (Rigby, Payne & Froggatt, 2010).

Os idosos expressam o seu desagrado com a falta de privacidade por ter de partilhar quartos e quartos de banho com outras pessoas, e esse desconforto leva a que alguns utentes expressam um forte desejo de voltar para a sua casa (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006). Outros estudos ainda descrevem o cenário como uma prisão (Pleschberger, 2007) e evidenciam preocupações com aspetos íntimos de higiene pessoal realizados por prestadores de cuidados de sexo diferente (Tadd, 2006; Bayer, Tadd & Krajcik, 2005).

O utente sente-se exposto, em relação à sua dependência para a higiene pessoal ao ser tocado e descoberto na sua esfera pessoal por uma pessoa desconhecida (Östlund, Brown & Johnston, 2012). As atitudes que promovam a dignidade são refletidas quando os funcionários respeitam a privacidade, fornecem apoio social de tal forma que os residentes mantêm um sentimento de orgulho e não se sentem um fardo (Hall, Longhurst, Higginson, 2009). É importante que os funcionários conheçam a personalidade de cada utente numa prática de cuidados de confiança, parceria e de permissão para certas intimidades, renunciando os idosos à privacidade em condições mutuamente acordadas (Chochinov, 2007).

Os utentes não só percebem a privacidade como a exposição do corpo, mas também englobam confidencialidade, que é a importância dos cuidadores não discutirem as suas questões e problemas pessoais em locais inadequados do lar. Quando os indivíduos tornam-se vulneráveis e necessitam de serviços de apoio, a manutenção da privacidade, dignidade e respeito são de suma importância na prevenção da despersonalização e na sensação de perda do controlo (Chadwick, 2012).

### **1.2.8 Conforto**

A preocupação com a comodidade do ambiente contribui para melhorar a interação dos idosos, com vista à sua acessibilidade e segurança, o desenvolvimento físico e de bem-estar dos idosos e, assim, aumentar a sua autonomia e independência. Inclusive, a inexistência de barreiras arquitetónicas promove no indivíduo uma maior mobilidade e acessibilidade, fundamentais no seu processo de inclusão e de qualidade de vida através de um ambiente acolhedor, agradável e familiar (Paiva & Villarouco, 2012).

Os idosos frequentemente temem o risco de quedas, incluindo danos físicos, a perda da independência, a diminuição da capacidade funcional, baixas expectativas de saúde, danos na identidade e embaraço/constrangimento por se situarem num lugar público (Bunn, Dickinson, Barnett-Page, Mcinnes & Horton, 2008). As intervenções pró-ativas com programas de exercícios apropriados ao idoso melhoram os níveis de aptidão global e as taxas de participação, mantêm a mobilidade, previnem o declínio funcional (Capezuti & Hamers, 2013; Liubich, Magistro, Candela, Ragaglietti & Ciairano, 2012), eliminando as angústias sentidas pelas muitas perdas experimentadas (Hall, Longhurst & Higginson, 2009).

Os espaços e todas as medidas tomadas devem enfatizar a instituição como um lugar de significado pessoal e social, especialmente adequada para promover a segurança e o conforto da pessoa idosa em plena relação de reforço mútuo e recíproco (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Mistry, 2012). No estudo desenvolvido por Rigby, Payne e Froggatt (2010) identificou-se quatro temas principais sobre o conforto: (i) o ambiente físico deve ser caseiro; (ii) deve apoiar necessidade dos utentes para a interação social e privacidade; (iii) apoiar as atividades de cuidado da equipa profissional e familiares; (iv) e deve permitir oportunidades de expressão espiritual.

O conforto e segurança são primordiais em espaços físicos para a manutenção da relação entre a qualidade de vida do utilizador e o ambiente construído (Paiva & Villarouco, 2012), devendo ter em atenção o ruído indesejado muito significativo para os idosos (Rigby, Payne & Froggatt 2010).

### **1.3 Políticas de cuidado ético em estruturas sociais**

A dignidade serve de fundamento teórico e moral para as obrigações éticas da pessoa humana em face de uma diversidade de visões de mundo, valores sociais, religiosos e culturais que informam e nos moldam. A dignidade capacita as decisões morais, com ênfase no respeito igual de todas as pessoas e na impossibilidade de tratar a pessoa como um meio ou um fim (Chapman, 2011). A dignidade frequentemente aparece junto com os direitos e liberdades fundamentais necessários para a coletividade e para a formulação de políticas sólidas (Agich, 2007). Os princípios éticos são considerados universais, independentemente da sua nacionalidade, género, raça, idade, posição económica e social.

Assim, a ética é uma forma de governar as relações entre as pessoas, a fim de assegurar a coesão social e harmonizar interesses sociais e coletivos (Oliveira, Barbosa & Barbas, 2012). Neste contexto, a competência ética é uma questão prévia para influenciar as atitudes no cuidado e, assim, manter a dignidade do paciente como um estado de plenitude (Randers & Mattiasson, 2004). Todavia, uma ética uniforme não é atingível e, provavelmente, nem mesmo desejável porque só poderia acontecer por negligenciar importantes diferenças culturais (Hanssen, 2004). Também a distinção entre a pesquisa clínica e a prática médica domina aspectos críticos como o pensamento sobre a ética biomédica. A prática médica tem de obedecer a duas condições: (i) uma intervenção que visa beneficiar o utente e (ii) e a intervenção ter uma razoável probabilidade de sucesso; ambas projetadas para melhoria do bem-estar do indivíduo (Beauchamp, 2011). No entanto, raramente se realizam pesquisas sobre direitos humanos em diversas áreas científicas da saúde sobre os princípios éticos como a autonomia, beneficência, não-maleficência e da justiça.

O princípio da beneficência, no sentido filosófico e moral, significa fazer o bem enquanto a benevolência promove o interesse e a felicidade humana (Oliveira, Barbosa & Barbas, 2012). Para Beauchamp e Childress (1994), a beneficência é a obrigação de evitar ou remover danos e promover o bem. Ou melhor, a beneficência tem uma dupla obrigação, em primeiro lugar, os danos não devem ser causados e, em segundo lugar, deve maximizar os benefícios dos atos terapêuticos. Assim, o conceito de beneficência impõe a obrigação moral de agir em benefício do outro, colaborando para afastar perigos que ameaçam a pessoa. O princípio da não maleficência de acordo com os mesmos autores é a obrigação de não causar danos ou dor, com exceção dos casos em que o paciente beneficia (benefício maior). O princípio da justiça requer que os benefícios, os riscos e os custos sejam igualmente fornecidos entre as partes envolvidas no processo. Este princípio está relacionado ao cuidado e proteção de pessoas com dificuldades sociais excluídas da educação, com acesso restrito à saúde, à habitação e à participação política. O princípio da autonomia significa autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetam suas vidas e relações, a saúde, a integridade física e psicológica. A pessoa é autônoma quando está livre de coerções internas ou externas, para escolher entre as opções. Não há liberdade de pensamento ou escolha, quando só há uma alternativa ou caminho, ou ainda, quando não há liberdade para agir de acordo com a alternativa ou opção desejada (Firilund, Fagerstrom, Eriksson & Eklund, 2013).

Um estudo revelou negligência e abusos de direitos humanos incluindo discriminações no acesso a cuidados, tratamento, maus tratos e a falta de acesso à justiça (Amon, Baral, Beyrer & Kass, 2012). Ora, é exatamente um cuidado digno a expressão de uma esperança ou compromisso de evitar práticas censuráveis (Agich, 2007). A dignidade tem uma forte função expressiva que reflete crenças intuitivamente e valores comuns que conjugada com outros conceitos ajuda a operacionalizar aplicações políticas (Agich, G 2007).

De acordo com esta visão, uma investigação de revisão da teoria e literatura empírica sobre o ambiente de cuidados e o desempenho das atividades de atendimento na área da enfermagem desenvolvida por Gallagher, Li, Wainwright, Jones e Lee (2008) considerou quatro

dimensões sobre o cuidado ético: i) o ambiente de cuidado, e mais particularmente o ambiente físico deve incluir questões de privacidade e de conforto na instituição; ii) quanto às atitudes e comportamentos das equipas deve-se evitar episódios de falta de tolerância, respeito, impaciência, e atitudes paternalistas e infantilizadoras, por serem inadequadas, humilhantes e condescendentes; iii) quanto à cultura de cuidado indicam fatores que sugerem em geral, crenças e valores comuns a respeito da natureza, estilo e organização num ambiente que proporcione oportunidades de envolvimento nos cuidados, para expressar a sua autonomia, dar ou recusar o seu consentimento (ainda que não-verbal), ser tratado como indivíduo, numa atmosfera que respeite as diferenças culturais e ofereça a confidencialidade; iv) quanto às atividades de cuidado deve ser dada atenção aos pequenos detalhes e às preferências individuais.

O cuidado deve ser prestado de forma humanizada, respeitando a autonomia do utente, que, mesmo fragilizado por doença, tem valores e crenças a serem levadas em conta por causa da dignidade implícita à sua condição humana (Antiel, Curlin, James, Sulmasy & Tilburt, 2012). Caso contrário, os idosos correm o risco de serem sistematicamente estigmatizados, discriminados ou criminalizados no foro jurídico-penal, com altos níveis de dano contínuo e poucas oportunidades de reparação dos seus direitos ou interesses constitucionalmente protegidos (Amon, Baral, Beyrer & Kass, 2012; Hillman, Tadd, Calnan, Calnan, Bayer & Read, 2011).

Num relatório apoiado financeiramente pela União Europeia sobre os variados aspetos da dignidade em todos os contextos de cuidados (serviços sociais e saúde), resultou alguns depoimentos de idosos sobre enraizadas atitudes e comportamentos negativos de funcionários para com os mesmos (Tadd, 2006), exibindo sentimentos de inutilidade e falta de valor pelos idosos através de atitudes pobres, preconceituosas ou desumanas que os diminuem, humilham, ou ignoram seus pedidos (por exemplo, para ir ao quarto de banho). Outro estudo irlandês aplicado a enfermeiros e assistentes sociais em cuidados residenciais, revelou elevado grau de incerteza sobre o que constitui abuso de utentes em cuidados de longa duração (Daly & Coffrey, 2010). Concluindo-se que muito mais deve ser feito para que todos os idosos recebam cuidados humanos e dignos nas instituições dentro do enquadramento político e económico dos estados de bem-estar modernos. A este respeito também Chochinov (2007) num estudo inovador em contexto clínico, refere quatro temas essenciais da dignidade no cuidado, a saber: (i) atitudes (exame de premissas para com os utentes); (ii) comportamento (contacto, ouvir e agir adequado com permissão do utente); (iii) compaixão (gestos delicados e compreensivos); (iv) e diálogo (conhecer e reconhecer a sua personalidade). Concluindo que os utentes olham para os profissionais de saúde, como se fossem um espelho, em busca de uma imagem positiva de si mesmos e do seu senso contínuo de valor.

Um estudo sobre a gestão de risco e confiança na área das instituições de saúde e da prestação de assistência digna aos idosos constatou que as políticas e estratégias de gestão mais aprimoradas desafiam as suposições subjacentes e levantam questões sobre o aumento da racionalização na prestação de cuidados, as alterações à prática profissional, o

conhecimento tácito e os aspetos mais qualitativos da comunicação interpessoal (Hillman, Tadd, Calnan, Calnan, Bayer & Read, 2013). Um estudo em instituições sociais de apoio a idosos reconhece a complexidade do envelhecimento e a necessidade de introduzir políticas e diretrizes diferenciadas porque os seus regimes fortemente regulatórios são incapazes de auditar os aspetos importantes à dignidade humana e de dar resposta a algo inesperado fora do programa prescrito e, portanto, de melhorar a experiência do utente (Cornwell, 2012).

No estudo realizado por Morris (2012) sobre internamento de idosos com necessidades de saúde (físicas e mentais) complexas verificou-se uma colaboração multidisciplinar insuficiente, comunicações pobres e uma falta de liderança como componentes do atendimento desumano. O autor refere que os médicos devem realizar avaliações cognitivas precoces para apoiar a identificação do comprometimento cognitivo e empregar atempadamente os cuidados multidisciplinares adequados às necessidades emocionais, cognitivas e físicas do indivíduo. Para combater estes ambientes será necessário trabalhar de uma forma holística, humana e multidisciplinar, considerando o impacto das ações dos funcionários sobre a experiência de dignidade do idoso (Tadd, Hillman, Calnan, Calnan, Read & Bayer, 2011).

O trabalho em cuidados envolverá uma quantidade considerável de trabalho invisível ou emocional, em termos de construção de relacionamentos dignos, podendo não ser reconhecido pela organização que primazia as tarefas físicas (Reeve, 2008). Como cuidados invisíveis em lares de idosos são exemplo os cuidados paliativos e as atitudes positivas em geral (atos de cortesia, bondade, vontade de ouvir, assegurar a privacidade, pedir permissão para realizar exames e dar medicação, dar informações, satisfazer necessidades individuais e manter o contacto físico), reforçando uma elevada satisfação geral centrada no cuidado compassivo (Bridges, Flatley & Meyer, 2010; Ferguson, Ward, Card, Sheppard & McMurtry, 2013; Dewar & Nolan, 2013).

Sem olvidar, que os profissionais identificam barreiras à assistência digna, tais como a falta de recursos humanos, financeiros e materiais, a rotina, a falta de igualdade entre profissionais e utentes e a falta de qualidade ética profissional. É claro que também devemos compreender que os valores, crenças e atitudes dos profissionais de saúde em relação aos idosos afetam a forma como eles vêem a abordagem dos pacientes sob seus cuidados (Tadd, 2006; Randers & Mattiasson, 2004).

Frequentemente, a imagem associada à velhice identifica-se à dependência, à passividade e a uma perda de autonomia que infantilizam os idosos como objetos de cuidado (Cornwell, 2012), ignorando-se a dignidade e os direitos dos mais vulneráveis numa base diária e sistemática. Em vez disso, devemos reconhecer que têm um valor moral básico, independentemente de serem ou não capazes de exercer autonomia (Tadd, 2006).

Tudo isso sugere que a percepção dos idosos como pessoas que possuem dignidade é de extrema importância na prática de cuidados de qualidade. Para tal deve envolver-se os idosos e as famílias na identificação de estratégias de combate aos padrões inaceitáveis de tratamento e na implementação de políticas de cuidado compassivo (Dewar & Nolan, 2013). A resposta passará por uma cultura em que o envelhecimento é visto como uma parte do curso

natural de vida, onde os setores público e privado devem aliar-se na construção de um investimento social sustentável e eficaz (Bookman & Kimbrel, 2011). Estudos recentes abriram novas oportunidades para prevenir serviços impessoais e estereotipados, com base no cuidado ético reforçado pelo diálogo mútuo (Frilund, Fagerström, Eriksson & Eklund, 2013) e relacionamento recíproco através da segurança, pertença, continuidade, propósito, realização e significado (Dewar & Nolan, 2013; Ferguson, Ward, Card, Sheppard & McMurtry, 2013).

Em conclusão, é importante notar que esta ampla gama de serviços, constantemente monitorado, avaliado e atualizado, não pode ser fornecido na totalidade pela própria instituição, mas sim delegados numa rede especializada de serviços locais (Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012), que independentemente da natureza jurídica e finalidade social, permitam uma verdadeira escolha sobre os ambientes de cuidados sociais, que devem ser flexíveis e abertos à mudança para cumprirem os índices de qualidade do cuidado digno.

#### **1.4 Responsabilização familiar e social**

A dignidade nos lares é preservada quando a instituição funciona como a própria casa do idoso (Reeve, 2008). Todavia, compreensivelmente, estudos de maior escala na Europa e USA revelam que a maioria dos idosos tem preferência a serem cuidados pelas famílias nas suas próprias casas, embora isso não seja concretizável porque seus filhos estão distanciados ou têm exigências profissionais complexas (Tadd, 2006; Bookman & Kimbrel 2011). Estes estudos mostram que as mudanças no trabalho e nas vidas familiares estão a complicar os esforços das famílias para cuidar dos seus idosos, e os baixos apoios financeiros prestados pela Segurança Social para estes cuidados no seio da família deixa-os sem alternativa perante a terciarização destes serviços de cuidados. Outros obstáculos identificados nestes estudos referem-se à tomada de medidas de segurança e de acessibilidade que exigem reformas e adaptações nas habitações dos idosos, tal como nos casos de inquilinato, representando ambos um desafio difícil de ultrapassar.

No estudo desenvolvido por Pleschberger (2007) em lares de idosos, os utentes não participaram nas decisões para entrar na instituição, sendo forçados a essa realidade para não serem um fardo para os seus familiares.

Um estudo de revisão sistemática aponta como preditores da institucionalização, essencialmente as imparidades cognitivas e/ ou funcionais e a falta de meios e de apoio associados à vida diária (Luppa, Luck, Weyerer, Koning, Brahler & Riedel-Heller, 2010). A grande questão é que os lares não estão equipados para atender às necessidades de pessoas com imparidades cognitivas, mas a falta de outras respostas institucionais deixa-os sem opção perante um atendimento pobre (Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013) e a falta de consentimento para a institucionalização (Meulenbroek et al., 2010). Mesmo nos casos de ausência de declínios significativos na capacidade física e mental dos idosos (não limitadores da autonomia), é o cuidador familiar que assume o controlo, poder de decisão e autoridade

para gerir os assuntos daqueles, o que constitui uma fonte de conflito interfamiliar e até mesmo de abuso (Bookman & Kimbrel 2011).

Há uma generalizável inconsciência social e cultural do papel do idoso também impercetível no plano legislativo e jurisdicional. A família como instituição tradicionalmente mais antiga ocupa ainda uma posição preferencial e predominante de apoio, cuidado e assistência dos idosos em conformidade com a valoração dos afetos. Trata-se de um dever familiar constitucionalmente consagrado de cuidado de pessoas idosas, reconhecendo-se uma hierarquia assistencial (na linha reta e linha colateral até ao terceiro grau) na efetivação de todas as condições que permitam a sua realização pessoal. O Estado, na sua função social de garante, terá, primeiramente, a função de auxiliar a família na sua prestação de cuidado através da independência social e económica pela concessão de ajudas monetárias, tendo num segundo plano de assegurar o acesso a equipamentos sociais que evitem ou superem o isolamento ou a marginalização social. No entanto, nem sempre as famílias conseguem cumprir na totalidade os seus deveres de solidariedade intergeracional, tendo de recorrer às respostas sociais existentes, designadamente lar de idosos.

As experiências de atendimento em cuidados sociais quer por idosos, quer por familiares num estudo desenvolvido por Bridges, Flatley e Meyer (2010) revelam sentimentos receosos, de inutilidade, de falta de autonomia, especialmente se os idosos detinham dificuldades de cognição ou comunicação. O mesmo estudo apontou a necessidade dos idosos manterem ligações com a família e restante rede social por os ajudar a sentirem-se apoiados. Não obstante, continuarem a sua vida normal, tanto quanto possível, mas também tendo as suas próprias necessidades reconhecidas e atendidas. Também um estudo longitudinal a cuidadores familiares de pessoas com demência relatou um terço de comportamentos abusivos preditados por um aumento da ansiedade e sintomas depressivos dos cuidadores (Cooper, Blanchard, Selwood, Walker & Livingston, 2010). Neste estudo, os níveis mais elevados de abuso estão associados com maior angústia, ansiedade e depressão e tendem a aumentar e a agravar-se com o tempo. As experiências de cuidadores familiares de pessoas idosas com problemas de saúde mental também foram testadas num estudo qualitativo desenvolvido por Clissett, Porock, Harwood e Gladman (2013). Neste estudo, após o internamento, os familiares reagem de forma proativa, tentando ganhar o controlo da situação e articulando-se em parceria com as equipas de cuidados.

As famílias e profissionais já descreveram incidentes onde a dignidade do idoso tinha sido comprometida (Hall, Dodd & Higginson, 2013; Oliver, 2012; Jones & Aranda, 2009). Estes estudos concluíram que cabe às famílias um papel de liderança na manutenção do bem-estar da pessoa idosa em casa, mas este papel muda significativamente durante a institucionalização. Quer seja em ambientes de cuidados, temporários ou permanentes, quer em casa, independentemente de limitações físicas ou cognitivas, devem ser dadas oportunidades aos idosos e suas famílias para orientar e participar nos cuidados (Capezuti & Hamers, 2013). Ora, as famílias devem manter-se informadas, assumir um papel crítico, comunicar com o pessoal do lar sobre o idoso e planear a sua saúde futura, para serem

possuidores de uma opinião crítica quanto aos serviços prestados (Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013). O idoso deve entender-se com a família e manter os papéis sociais na comunidade, com um papel ativo na construção das suas próprias experiências, preservar os relacionamentos anteriores tanto quanto possível (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Ministry 2012), mas também ter as suas próprias necessidades reconhecidas (e.g capacidade de dar e receber amor, carinho e apoio) e atendidas pelos cuidadores formais (Bridges, Flatley & Meyer, 2010).

A institucionalização pode gerar sentimentos contraditórios, tais como sentimentos significativos de medo, angústia, inutilidade e falta de autonomia (Bridges, Flatley & Meyer, 2010; Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013) como sentimentos de *empowerment* social e de pertença, facilitadores de aspetos instrumentais da vida diária (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Ministry, 2012).

Na fase inicial de admissão, o idoso torna-se o foco central de cuidado, mas tal enfoque é insustentável a longo prazo devido a uma combinação de stress, exaustão, limitações de tempo e sobrecarga de trabalho e outras exigências da vida diária, deixando para segundo plano a prestação de cuidados de conservação da dignidade do idoso (Hall, Dodd & Higginson, 2013; Luppá, Luck, Weyerer, Koning, Brahler & Riedel-Heller, 2010). Um estudo qualitativo que analisou a ética dos ambientes de cuidados residenciais para as pessoas idosas e adultos com necessidades especiais (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Ministry, 2012) sugere sete condições necessárias para um ambiente de serviços digno e acolhedor: (i) a capacidade de formar e manter relacionamentos significativos; (ii) acesso à comunidade e à vida cívica; (iii) acesso ao controlo e flexibilidade nas atividades de diárias; (iv) acesso a oportunidades de auto-expressão e afirmação de identidade; (v) acesso a relações respeitadas; (vi) o acesso a oportunidades sociais ou lazer; (vii) acesso à segurança física e psicológica. Também Daly e Coffey (2010) realizaram um estudo em instituições de cuidados sociais a idosos dirigido a enfermeiros e assistentes sociais, e concluíram existir um elevado grau de incerteza entre estes funcionários sobre o que constitui abuso sobre os seus utentes. Estes autores definiram o abuso nos idosos como um ato único ou repetido de abuso físico, psicológico, de desenvolvimento sociocultural e espiritual ou a falta de ação apropriada ocorrida num relacionamento onde há uma expectativa de confiança, que cause dano ou sofrimento a uma pessoa (Daly & Coffey, 2010). De revelar que é particularmente grave, neste estudo, que estes profissionais que trabalham com pessoas mais velhas diariamente não sejam capazes de identificar situações de abuso, muito menos resolvê-las.

Nos últimos anos, o abuso, negligência e maus-tratos de idosos, têm sido reconhecidos como um fenómeno social significativo que se esconde da opinião pública (APAV, 2014; WHO, 2011; WHO, 2008; WHO, 2002) pela falta de estratégias úteis no seu combate. De acordo com estes dados estatísticos, os fatores de risco para o abuso do idoso incluem a idade avançada, a debilidade funcional, a incapacidade mental ou física, a perda de laços familiares, os fracos recursos económicos e a escassez de suporte na comunidade, bem como as más condições de trabalho, reduzidas remunerações e frustração ou exaustão do prestador de cuidados nas

instituições. Por outro, os abusos são de difícil identificação devido à negação, quer da vítima, quer do perpetrador, ao receio de represálias, à perda de autonomia e liberdade, à relutância em sinalizar as vítimas e no lidar da situação, à incredulidade e escasso conhecimento acerca dos sinais de alarme (e.g. existência de feridas e/ou hematomas, falta de higiene, insónias, má nutrição e hidratação, aumento progressivo da vulnerabilidade física e psicológica, isolamento social e/ou físico e depressão).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), em contexto institucional, concorrem situações de negligência (não satisfação de necessidades básicas, e.g. negação de alimentos, cuidados higiénicos e tratamentos médicos); abuso emocional ou abandono (negação de afecto, isolamento e falta de comunicação); abuso psicológico (manipulação, intimidação, ameaça, humilhação, chantagem afetiva, desprezo ou privação do poder de decisão); abuso financeiro (impedimento ao uso e controlo do seu dinheiro) e abusos físicos (golpes, queimaduras, irregularidade ou inadequada administração de fármacos). Todos estes comportamentos são enquadráveis em crimes de ofensa à integridade física, ameaça, injúria, omissão de auxílio, extorsão, coação, burla, violação de correspondência ou de telecomunicações, exposição ou abandono.

Estas questões devem ser amplamente discutidas nos lares através de estratégias orientadas para o combate de situações abusivas e negligenciáveis com programas de intervenção primários (atuar na origem), secundários (identificar situações e fatores de risco) e terciários (minimizar os seus efeitos) da violência contra os idosos com o objetivo de aumentar competências de coping nos cuidados pelos funcionários do lar e promover nos utentes sentimentos de cuidado, respeito, reciprocidade, de ajuda quando necessário. Sem olvidar, as políticas de educação, formação e facilitação de aprendizagens teóricas recíprocas (Oliver, 2012; Daly & Coffey, 2010), combate às pressões organizacionais tais como altas taxas de ocupação, divisão hierárquica do trabalho, falta de liderança, especialização, racionalização, gestão dos riscos e da culpa (Tadd, Hillman, Calnan, Calnan, Bayer & Read, 2011), incentivos aos colaboradores e ajuda no desenvolvimento de outros instrumentos e programas de avaliação adequados (Amon, Baral, Beyrer & Kass, 2012), incluindo a supervisão clínica, espaços de reflexão de reconhecimento e valorização do trabalho e o desenvolvimento de estratégias participativas (Bridges, Flatley & Meyer, 2010). Este tipo de medidas evita a desmoralização, o *stress* prolongado e o risco de perder a capacidade de sentir empatia e carinho por completo pelos profissionais (Cornwell, 2012). Pois uma cultura avessa ao risco e defensiva, onde o atendimento está subvalorizado e padronizado, dá mais importância à forma como o trabalho é feito, comparativamente ao resultado (Tadd, Hillman, Calnan, Calnan, Bayer & Read, 2011), o que terá inevitavelmente, que ser invertido.

A instituição residencial deve incluir e incentivar à qualidade das relações familiares (Morris, 2012; Capezuti & Hamers, 2013) através de teorias personalistas (conjunto de atos e comportamentos contínuos e duradouros centrados no relacionamento pessoal para cuidar e proporcionar uma experiência útil e dignificante aos idosos) na política de assistência social. As teorias personalistas concretizam pequenos gestos de cuidado, autonomia monetária,

flexibilidade nos horários (Reeve, 2008), a manutenção de uma vida ativa com oportunidades de desenvolver atividades (culturais, sociais e recreativas), bem como a existência de relações sociais através de uma rede de amigos e vizinhos. É urgente transformar a retórica do atendimento personalizado para a realidade da prática quotidiana de cuidado por funcionários melhor remunerados, com mais qualificações e melhor preparação (Cornwell, 2012) numa abordagem equilibrada, construtiva e eficaz, em vez de análises simplistas (Oliver, 2012).

A gerontologia vem combater estas ideias instituídas do idoso como classe mal reconhecida, embora ainda não tenha um código de ética global para orientar a prática profissional, sendo uma área em expansão e que se quer transformada numa profissão reconhecida e credível (Haley, Ferraro & Montgomery, 2012). Trata-se de um processo através do qual se adquirem valores, atitudes, costumes, conhecimentos e habilidades inovadoras pelas equipas ao detetar o cuidado ao idoso como rotineiro e enfadonho, e evita visões estereotipadas dos idosos como chatos, frustrantes, vulneráveis, com diminuída mobilidade, capacidade física e mental para realizar atividades de vida diária (Lovell, 2006).

Em suma, as famílias por si só não podem fornecer o total cuidado aos idosos, as instituições sociais por si só não podem fornecer respostas para todos, e o Estado por si só não pode fornecer ou financiar na totalidade as políticas de envelhecimento. A grande ideia é coordenar os esforços estaduais, sociais e comerciais e apoiar todos os cidadãos para o desenvolvimento das políticas de envelhecimento integradas e intergeracionais, incorporando e difundindo a inovação (Bookman & Kimbrel 2011; Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012). Só assim se fará o combate das práticas arreigadas no hodierno pensamento cultural institucional em incorreções que ferem a cidadania e a dignidade plena do idoso, sendo fulcral reformular o conceito vital de envelhecimento ativo e informá-los sobre os direitos e meios de tutela dos seus interesses. Não se aceita que os lares apresentem fatores que favoreçam a vitimação dos idosos pelo seu ambiente precário restritivo da autonomia, da liberdade, da intimidade pessoal, sujeitando tarefas simples a regulamentos internos numa lógica de desresponsabilização e que as famílias intervenham em formas não legitimadas designadamente no domínio da saúde, internamento e alienação de bens dos idosos.

## **Capítulo II. CONTRIBUTO EMPÍRICO**

### **2.1 Objetivos do estudo**

O presente estudo visa promover uma reflexão sobre a dignidade e as respostas políticas e sociais em relação aos cuidados prestados a pessoas idosas institucionalizadas (lares de idosos). Desta forma, o objectivo é fazer um levantamento da realidade nos lares de uma zona geográfica específica (concelho de Santa Maria da Feira) sobre a dignidade nos cuidados através do estudo de vários eixos de análise, designadamente do potenciamento da autonomia individual, independência, liberdade, identidade, integridade, respeito, privacidade, conforto do idoso. Procura-se, mais especificamente, caracterizar o ambiente institucional dos lares, identificar as causas e a escolha da institucionalização, e retratar competências, necessidades e dificuldades que advêm da prestação formal de cuidados.

### **2.2 Contextualização geográfica e metodologia do estudo**

A população deste estudo são os utentes e prestadores de cuidados nos dezasseis lares do concelho de Santa Maria da Feira. A escolha desta localização correspondeu ao facto de ser o concelho de origem da autora e se justificar a necessidade de preencher a lacuna informativa sobre os cuidados dignos em contexto teórico-prático e profissional.

A população idosa no concelho de Santa Maria da Feira tem aumentado significativamente nos últimos anos, apresentando hoje um índice de envelhecimento de 93.6, um índice de dependência de 21.3, e um índice de longevidade de 42.9 (INE, 2011). Os idosos neste concelho representam um número considerável de pensionistas por velhice, invalidez e sobrevivência (35.373), com o valor médio mensal de € 310,43. Todavia, as necessidades dos idosos têm evoluído (de comunicação, culturais, sociais, saúde e espirituais) e estão a ser submetidas a uma grande mudança, pelo que este desafio ético e político deve ser encarado de forma conjunta e integrada nos serviços prestados nos lares de idosos. Segundo o INE (2011) a população idosa com mais de 65 anos neste concelho era 20.623 (Pordata, 2012), dos quais 454 utentes (Carta Social, 2013), e 263 prestadores de cuidados em lares de idosos. Os equipamentos sociais do concelho são instituições particulares de solidariedade social (IPSS's) com a finalidade de facultar serviços ou prestações típicas de lar de idosos, sendo assegurados financeiramente por quotizações de sócios, participações dos utentes, apoio prestado pela Segurança Social bem como por doações. Existe apenas um equipamento de cariz comercial a assegurar esta mesma resposta de elevada qualidade, que também participou no estudo.

O processo de recolha de dados decorreu entre Agosto e Dezembro 2013 e teve lugar em catorze lares de idosos. Houve duas instituições que recusaram participar no estudo, alegando uma não autorização expressa do contato com os idosos por falta de autorização

familiar e por motivos de conveniência na gestão do serviço. Foi, assim, impossível cobrir exaustivamente toda a população residente em lares de idosos do concelho, tendo sido inquiridos um total de 163 utentes correspondendo a 36% da população. Por igual motivo, e para complementar a apreciação do objecto de estudo em análise, recolheu-se uma amostra de 187 prestadores de cuidados correspondentes a 68% desta população.

Tratou-se de uma amostra não probabilística obtida de forma sequencial. A amostra de utentes foi constituída por todas as pessoas com uma diretriz antecipada, limitada aos que podiam falar e contar histórias sem comprometimento cognitivo grave, o que pode ser considerado uma força deste trabalho porque a qualidade dos dados é aumentada pelo facto de os inquiridos serem susceptíveis de pensar profundamente sobre questões e seus valores de vida. Isto porque a existência de défices cognitivos nos idosos, muitas vezes acompanhada de défices visuais, auditivos e de linguagem, restringe a aquisição, compreensão e a sua resposta (Meulenbroek et al., 2010). Houve cinco recusas por parte dos idosos por motivos de indisposição e dificuldades de comunicação, sendo que outros três não participaram por não se encontrarem no lar no momento da aplicação dos inquéritos. Em relação à amostra dos prestadores de cuidados, a sua circunscrição a uma percentagem do número total de colaboradores existentes ficou a dever-se à disponibilidade dos mesmos no envolvimento no presente estudo. Isto é, nas reuniões prévias com as direcções foi questionado o número de funcionários mais próximos afetos ao cuidado direto, excluindo-se o pessoal relacionado, ou melhor, com contrato afeto a outras valências (e.g Centro de Dia e Apoio domiciliário). Perante a informação prestada, era deixado nesse número os questionários e os envelopes para preenchimento individual pelos colaboradores e posterior entrega. Foram deixados um total de 263 questionários e envelopes correspondentes ao número total de colaboradores, tendo recolhido 178. A representatividade do estudo ao nível da população e amostra pelos utentes e prestadores de cuidado estritamente afetos ao lar é apresentada na tabela nº1 (página seguinte).

A metodologia utilizada na recolha e análise dos dados é de tipo misto por rejeitar o carácter fortemente contextualizado e naturalista de metodologias qualitativas e o posicionamento racionalista característico das abordagens quantitativas (Morais & Neves, 2007). Por método de investigação entende-se as técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados (Quivy, 2008). Esta metodologia consegue projetar um conjunto finito de informação para uma população mais ampla através de dois instrumentos de avaliação: (i) inquérito por questionário (apêndice 2,3); (ii) uma coleção de observações não participativas qualitativas, recolhidas aquando da aplicação do questionário.

Em relação ao primeiro instrumento de avaliação, foram utilizados dois questionários de elaboração própria baseados na revisão da literatura e nos modelos de qualidade da segurança social destinados aos idosos e prestadores de cuidados, ambos constituídos por dimensões operacionais do conceito de dignidade para avaliar opiniões, percepções e atitudes sobre as práticas de cuidado. O questionário da dignidade dos utentes é, assim, constituído por um total de 36 questões fechadas de auto-preenchimento, de tipo *likert*, que visam a sua

caracterização na dimensão pessoal, social e económica com impacto nas experiências de dignidade no cuidado. O questionário foi primeiramente avaliado durante um teste piloto num grupo constituído por 4 profissionais e por 6 idosos que foram convidados a fornecer o feedback sobre o conteúdo do instrumento incluindo texto, *layout* e alcance das perguntas (Hill & Hill, 2012). Em termos de administração, o inquérito por questionário aos idosos foi realizado por via indireta numa área isolada em cada lar e durou entre 20 e 30 minutos cada. O questionário aplicado aos prestadores de cuidados foi em tudo idêntico ao dos utentes (21 questões fechadas e uma questão aberta), mas foi de administração direta e ficou na livre disponibilidade dos seus destinatários para o preenchimento e entrega posterior à investigadora em envelope fechado.

**Tabela nº1. Lares de idosos no concelho de Santa Maria da Feira**

Capacidade total utentes: 480 Total de utentes: 453 Taxa de ocupação: 96,4%					
FREGUESIAS	EQUIPAMENTOS	(N) Utentes	(n) Utentes	(N) Cuidadores	(n) Cuidadores
Argoncilhe	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE ARGONCILHE	40	7	30	17
Canedo	O JARDIM - CENTRO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DE CANEDO	24	10	14	9
Escapães	ASSOCIAÇÃO DO CENTRO SOCIAL DE ESCAPÃES	29	10	12	8
Feira	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTA MARIA DA FEIRA	51	8	19	7
Fiães	SÉNIOR RESIDENCE	24	15	15	10
Lobão	LAR DE IDOSOS DO CENTRO SOCIAL DE S. TIAGO DO LOBÃO	22	14	16	14
Milheirós de Poiares	CENTRO SOCIAL DOUTOR CRISPIM TEIXEIRA BORGES CASTRO	32	6	20	13
Mosteiró	PÔR DO SOL - CENTRO SOCIAL CULTURAL E DESPORTIVO DE MOSTEIRÓ	9	4	15	15
Mozelos	CENTRO DE APOIO SOCIAL DE MOZELOS	37	14	22	10
Sanfins	ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL DE SANFINS	12	9	16	10
Sanguedo	CENTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À TERCEIRA IDADE E INFÂNCIA DE SANGUEDO	21	9	12	8
Santa Maria de Lamas	ASSOCIAÇÃO DE BEM-ESTAR DE SANTA MARIA DE LAMAS	15	11	10	5
São João de Ver	CASA OZANAM	40	21	32	30
	O ABRIGO - CENTRO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DE SÃO JOÃO DE VER	27	-	-	-
São Paio de Oleiros	LAR CONDES DE S. JOÃO DE VER	60	25	30	22
Souto	CENTRO SOCIAL DE SOUTO	10	-	-	-

No que se refere ao segundo instrumento de avaliação, as observações em contacto real com o ambiente objeto de estudo, designadamente as apreciações descritivas dos comportamentos e atos de cuidado, foram registadas em notas de campo, as quais

correspondem a uma abordagem qualitativa pela sua análise interpretativa de conteúdo mais profunda (Patton, 2002). As observações constantes do ambiente natural contribuíram muito para a compreensão das ações tomadas no sentido de aprender tanto quanto possível o que se estava a passar, sem influenciar o decorrer normal dos acontecimentos (Quivy & Campenhoudt, 2008). As observações foram tomadas no contexto de aplicação dos questionários e incidiram sobre o empenho, a disponibilidade e a simpatia dos colaboradores no trato dos idosos, sobretudo àqueles mais vulneráveis que não estavam abrangidos nos critérios de inclusão do inquérito.

As questões de rigor e credibilidade foram importantes, pretendendo-se uma pré-compreensão da temática antes da aplicação do estudo e da construção do questionário por forma ao processo de pesquisa ser descritivo (Patton, 2002; Hill & Hill, 2012). Nesse sentido, a abordagem do trabalho de campo, sem estar constrangido por categorias predeterminadas, contribui para o aprofundamento, abertura e maior detalhe da inquirição. De facto, quando se usam abordagens metodológicas que têm preocupações com critérios de validade, fiabilidade e generalização e se usa um estilo de escrita que se pretende objetivo, a investigação desenvolvida tende a assumir-se como normativa e limitada (Morais & Neves, 2007), o que se pretendeu contrariar com este complemento de recolha de dados e de análise do fenómeno em apreciação.

### **2.3 Considerações éticas**

O estudo iniciou-se com requerimentos escritos via carta registada (ver exemplo de carta no apêndice1) a solicitar autorizações a todas as instituições envolvidas para aplicação dos questionários. Num segundo momento, efectuou-se um reforço do contato por meio eletrónico, telefónico e pessoal, apresentando-se disponibilidade para reuniões prévias com todos os responsáveis das instituições com vista a esclarecimentos e informações acerca da natureza e os objetivos do estudo. O preenchimento dos questionários foi voluntário e anónimo por parte dos idosos e profissionais. Os idosos deram o seu consentimento informado e acordo verbal antes da aplicação dos questionários, enquanto os questionários dos colaboradores ficaram na total disposição de todos os que quisessem participar com a colaboração do director técnico, através de carta fechada. No entanto, os profissionais deste estudo tiveram consciência de que estavam a ser observados nos cuidados, em diferentes situações, sendo que foram indiretamente envolvidos na avaliação. Os aspetos éticos foram observados especialmente antes e durante a realização da aplicação dos questionários. Em algumas ocasiões, aquando da aplicação dos questionários, ocorreu um despertar de emoções, o diálogo interrompeu-se e foi retomado quando o idoso estava pronto. Houve uma compreensão e respeito no processo de investigação, que estimulou a reciprocidade múltipla entre a investigadora e cada interveniente.

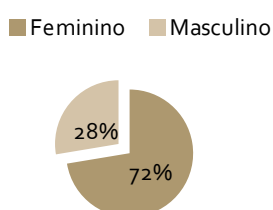
## 2.4 Tratamento e análise de dados

Os dados quantitativos resultantes do inquérito foram analisados no programa Excel por meio de estatística descritiva, incluindo o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre variáveis. Neste programa foi criada uma base de dados com todas as respostas dos questionários e a partir desses dados foram feitos cálculos estatísticos com recurso a fórmulas matemáticas específicas (e.g. médias), dando origem aos resultados das tabelas e gráficos. Os dados qualitativos oriundos das questões abertas do inquérito e das observações da investigadora foram objeto de análise de conteúdo. De salientar que a análise é um processo de organização de dados, onde são salientados os aspectos essenciais e identificados factores-chave, significados e ilações a partir dos dados obtidos (Quivy & Campenhoudt, 2008), sendo que esta análise, complementar à análise quantitativa dos dados das respostas fechadas do inquérito, permite uma maior abrangência e poder analítico do presente estudo.

## 2.5 Apresentação dos resultados e sua discussão

Os dados foram recolhidos por via da aplicação de questionários a uma amostra de utentes e prestadores de cuidados e observações participantes durante um período de 5 meses (de Agosto a Dezembro de 2013). Os inquéritos por questionário aplicaram-se a uma amostra de 163 idosos, de um universo de 454 idosos institucionalizados no concelho de Santa Maria da Feira. A idade média dos inquiridos é 79 anos (DP=10,8), predominando a população feminina (72%) e ficando-se a população masculina pelos 28% (ver figura n.º1).

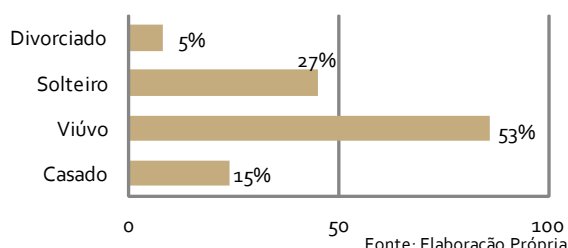
Figura 1. Género



Fonte: Elaboração própria

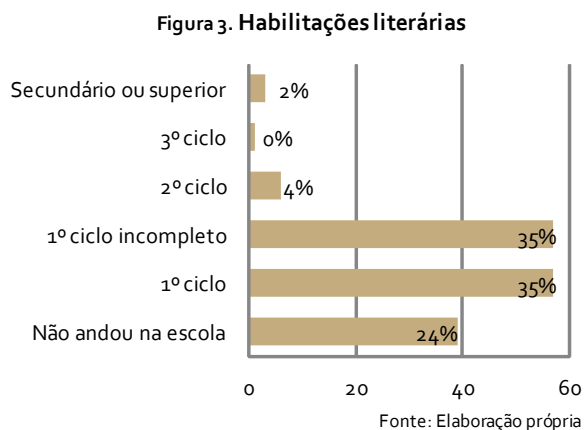
Maioritariamente, os idosos são viúvos (53%) e solteiros (27%), seguindo-se os casados (15%) e os divorciados (5%), conforme figura n.º2.

Figura 2. Estado civil



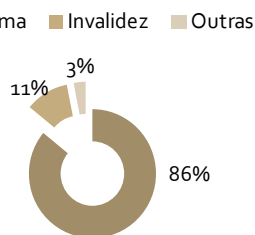
Fonte: Elaboração Própria

As habilitações literárias dos inquiridos são, de um modo geral, baixas: 35% frequentou o 1º ciclo incompleto (57 idosos) e outros 35% concluíram o 1º ciclo. De relevar ainda que 24% (39 idosos) não teve qualquer formação, e só três idosos (2%) frequentaram o ensino superior. Estes resultados podem ser observados na figura n.º 3.

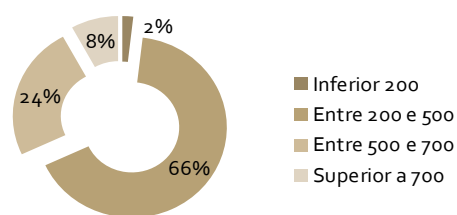


Em relação às fontes de rendimento, os idosos inquiridos têm sobretudo a sua pensão de reforma (86%) e a pensão de invalidez (11%), sendo os outros tipos (3%), tais como rendimentos prediais, mobiliários e poupanças praticamente irrelevantes (cfr figura nº4). Quanto à expressão quantitativa dos seus rendimentos, 66% situa-se entre € 200,00 e € 500,00; 24% situa-se entre os € 500,00 e € 700,00 e só 8% com rendimento superior a € 700,00. A maioria vive com valores próximos do valor mínimo de sobrevivência, e só em três casos pontuais que se relacionam com a ausência de carreira contributiva é inferior a € 200,00 (cfr. figura nº5).

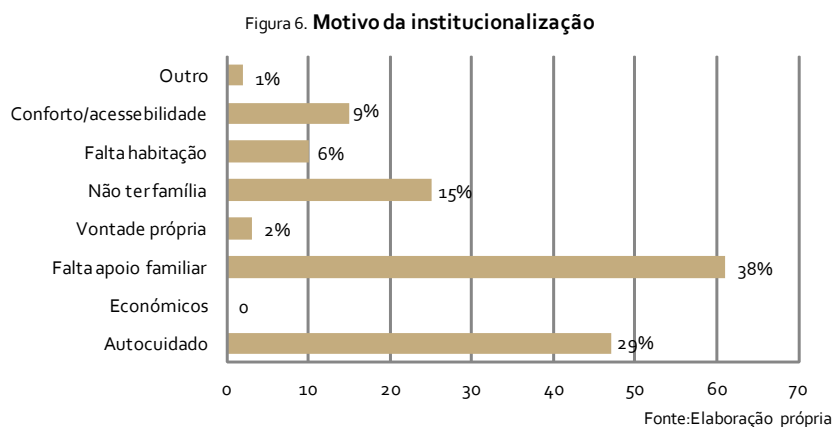
**Figura 4. Tipo de Rendimento**



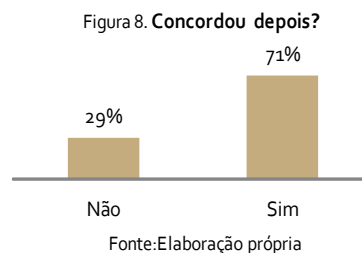
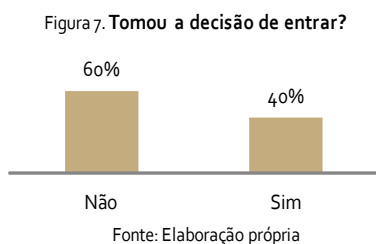
**Figura 5. Rendimento mensal**



Quanto ao motivo da institucionalização, a maioria (38%) indicou falta de apoio familiar e 29% dificuldades de autocuidado no seio familiar e habitacional. De seguida foi indicado a falta de família (15%), a procura de melhores condições de conforto e acessibilidade (9%) e a falta de habitação própria (6%). A entrada por vontade própria ou por outros motivos representou só 3% da amostra (cfr figura n.6).

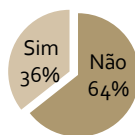


A maioria dos inquiridos indicou que não entrou na instituição por livre vontade (60%), sendo que destes, 72% posteriormente se conformaram e se revêm nessa decisão enquanto 29% continuam na instituição contrariados (cfr. figura nº7 e n.º8).



Quanto à sua permanência da instituição, 64% dos idosos não costumam sair do lar, mesmo para realizar atividades de lazer e convívio. No entanto, 67% recebem regularmente visitas, e na quase totalidade por familiares (96%) (Cfr. figura n.º 9, n.º10 e n.º11).

Figura 9. **Costuma sair do lar?**



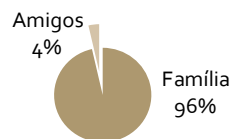
Fonte: Elaboração própria

Figura 10. **Recebe regularmente visitas?**



Fonte:Elaboração própria

Figura 11. **De quem?**



Fonte: Elaboração própria

Na avaliação que os inquiridos fizeram das instituições em que se encontram, 60% classificaram-na como boas, 22% como suficientes, 13% como muito boas e 5% como más. Nenhum inquirido classificou o lar como sendo muito mau (cfr.figura n.12).

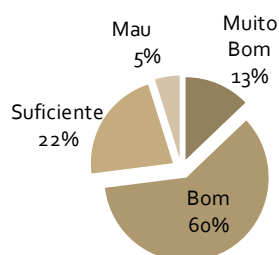


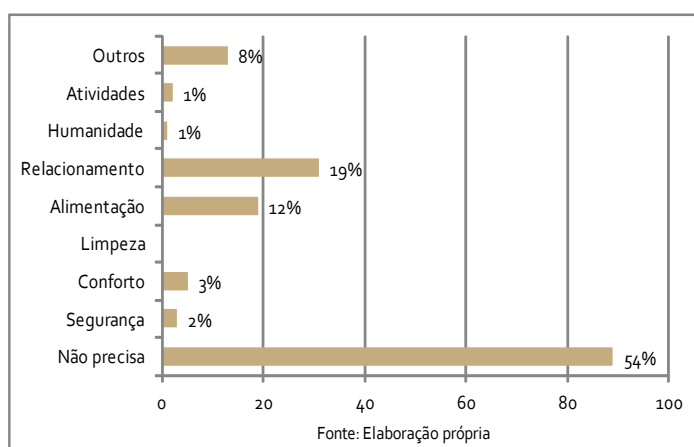
Figura 12. Avaliação do Lar

Fonte: Elaboração própria

A maioria indicou que não havia necessidade de melhorar nenhum aspeto na instituição (54%). Os restantes apontaram falhas no ambiente relacional e humano com os restantes idosos e prestadores de cuidados (19%), falhas na alimentação do seu desagrado (12%), a nível de conforto (3%), segurança (2%), atividades (1%) e humanidade (1%). Os outros aspetos (8%) referem-se à dinâmica dos espaços e demais condicionantes ambientais, como por exemplo as suas camas (cfr. figura n.º13).

Figura 13. Aspetos a melhorar

Não precisa	89
Segurança	3
Conforto	5
Limpeza	0
Alimentação	19
Relacionamento	31
Humanidade	1
Atividades	2
Outros	13
Respostas	163



Fonte: Elaboração própria

Quando inquiridos sobre as suas avaliações individuais sob a forma como vivem, participam e sentem aspetos das suas vidas no lar, os idosos revelam resultados bastante positivos, destacando-se o sentimento de serem acarinhados e queridos no lar (média 3,10), a preocupação com a imagem, (2,94), a aceitação dos seus gostos, atitudes e opiniões (3,07), o respeito pela sua higiene diária (3,11), o esforço no cumprimento dos seus direitos (3,06), a disponibilidade e empenho dos colaboradores (3) e confiança no lar (3,46).

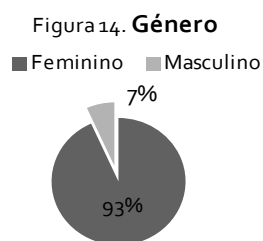
Os resultados menos positivos recaem sobre as perceções de conversas sobre as suas vidas (1,21) e consequente transmissão e divulgação de aspetos da sua vida privada quer a familiares, quer a outras pessoas do lar (1,04), revelando, por um lado, que as questões de sigilo

profissional (2,35) não são, na sua maioria, respeitadas, e, por outro, uma preferência e desejo pelos idosos de uma certa reserva da sua vida privada. De realçar ainda o reduzido interesse pelas atividades (1,84) e participação nas mesmas (2,01), tendo alguns respondentes revelado que a sua participação era forçada. Sem esquecer que no que se refere ao tema deste estudo, os idosos não se sentem reconhecidos nas suas diferenças, na sua individualidade própria (1,87), conforme se verifica na tabela nº2.

**Tabela nº 2. Resultados dos utentes**

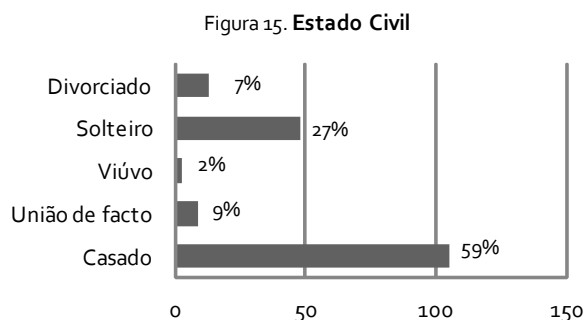
	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Muitas vezes	4 Sempre	Não sei	Não se aplica	Média (DP)
14.1 Considera que no lar gostam de si?	0%	1%	9%	66%	21%	2%	0%	3.10 (0.596)
14.2 Considera que o lar se preocupa com a sua imagem?	1%	6%	13%	57%	21%	1%	1%	2.94 (0.809)
14.3 Considera que o lar preserva a sua identidade?	1%	18%	31%	36%	15%	0%	0%	2.45 (0.973)
14.4 Considera que o lar respeita a sua liberdade?	4%	18%	18%	50%	10%	0%	0%	2.45 (1.022)
14.5 Sente que no lar existem conversas sobre a sua vida e opções de vida?	30%	10%	14%	15%	0%	30%	1%	1.21 (1.215)
14.6 Autoriza os profissionais do lar a divulgar aspetos da sua vida privada?	56%	9%	6%	13%	9%	1%	6%	1.04 (1.455)
14.7 O lar aceita os seus gostos, crenças, opiniões e atitudes pessoais?	0%	6%	12%	52%	30%	1%	0%	3.07 (0.800)
14.8 No lar existe respeito pela sua privacidade e intimidade?	1%	6%	18%	37%	38%	0%	0%	3.05 (0.945)
14.9 No lar existe respeito pela sua higiene ?	0%	6%	17%	28%	39%	1%	9%	3.11 (0.941)
14.10 Tem privacidade no quarto?	2%	17%	13%	27%	40%	1%	0%	2.87 (1.187)
14.11 No quarto tem mobiliário e objetos seus?	34%	2%	0%	20%	44%	0%	0%	2.36 (1.792)
15.1 Participa nas atividades sociais e de lazer?	26%	13%	13%	29%	18%	0%	0%	2.01 (1.480)
15.2 Sente-se motivado e envolvido pelas atividades?	34%	12%	7%	29%	18%	0%	0%	1.84 (1.570)
15.3 Realiza tarefas sozinho (e.g vestir, comer, higiene)?	7%	13%	29%	25%	26%	0%	0%	2.51 (1.200)
15.4 As refeições são do seu gosto?	1%	5%	34%	51%	9%	0%	0%	2.61 (0.763)
15.5 O lar encoraja-o a ser responsável si próprio?	4%	12%	15%	50%	18%	0%	1%	2.65 (1.047)
15.6 É informado e esclarecido sobre questões de saúde?	10%	19%	12%	36%	23%	0%	1%	2.43 (1.295)
15.7 Os profissionais do lar mantêm sigilo sobre aspetos da sua vida?	9%	14%	10%	20%	18%	28%	1%	2.35 (1.366)
15.8 O pessoal do lar esforça-se para cumprir os seus direitos?	0%	7%	14%	45%	33%	1%	0%	3.06 (0.865)
15.9 Sente existir no lar um reconhecimento pela sua diferença enquanto pessoa?	29%	17%	6%	29%	17%	2%	0%	1.87 (1.525)
15.10 Já se sentiu sob pressão, ameaça ou coação no lar?	67%	9%	15%	9%	1%	0%	0%	0.67 (1.051)
15.11 Existe disponibilidade e empenho dos profissionais do lar?	1%	4%	20%	47%	29%	0%	0%	3.00 (0.876)
15.12 Tem confiança nas pessoas do lar para resolver os seus problemas?	2%	3%	6%	26%	63%	1%	0%	3.46 (0.876)

Os inquéritos por questionário aos colaboradores aplicaram-se a uma amostra de 178 pessoas que exercem funções laborais nas instituições com valência social de Lar de Idosos no concelho de Santa Maria da Feira. A idade média dos inquiridos é 38 anos (DP=10,5) com predomínio da população feminina com uma representação de 93%, ficando-se a população masculina pelos 7%, conforme figura n.º14.



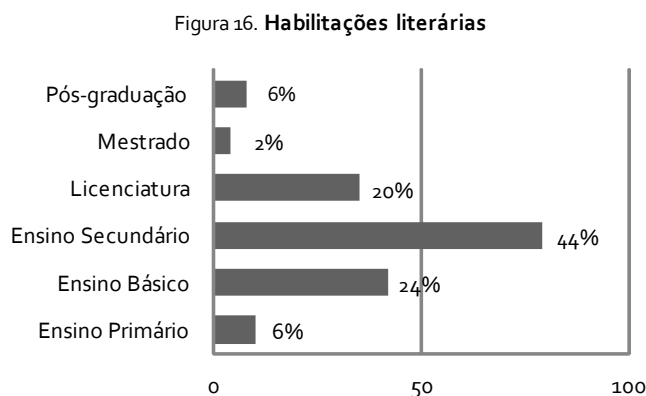
Fonte: Elaboração própria

Os trabalhadores são, na sua maioria, casados (59%), seguidos dos solteiros (27%), em situação de união de facto (9%) e divorciados (7%) (Cfr. figura 15).



Fonte: Elaboração própria

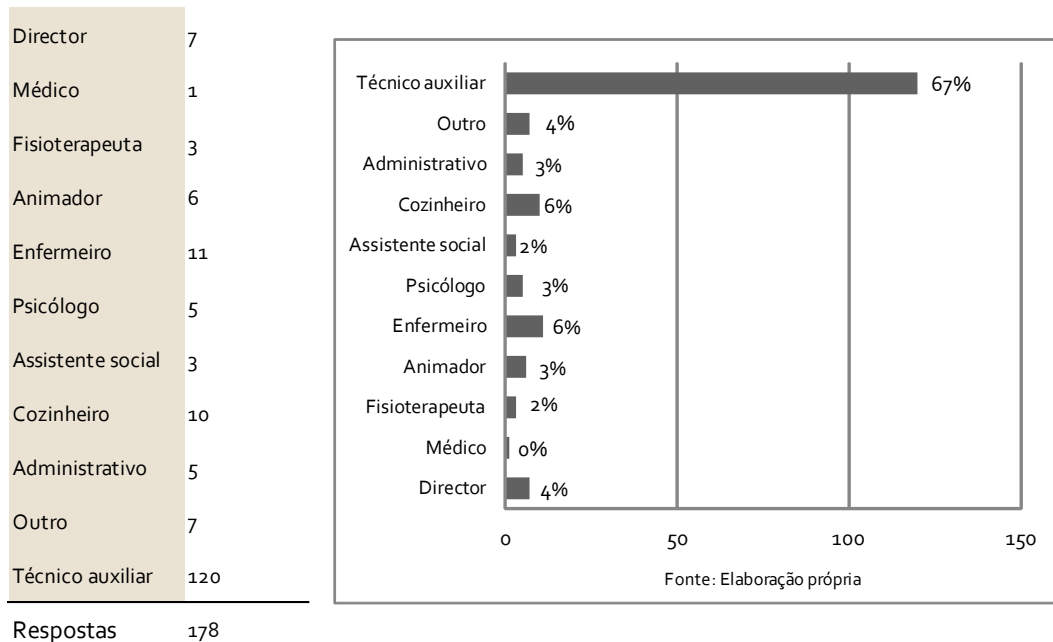
As habilitações literárias dos inquiridos é maioritariamente representada pelo ensino secundário em 45% das situações, ensino básico (24%), licenciatura (19%), ensino primário (6%), ensino pós-graduado (4%) e mestrado (2%) (ver figura n.º16).



Fonte: Elaboração própria

Quanto à distribuição das funções exercidas nos lares, 68% é pessoal técnico auxiliar e pertencente aos serviços gerais (incluiu-se aqui todo o tipo de auxiliares e ajudantes), 6% enfermagem, 6% cozinha, 3% animação, 4% direção técnica, 4% outras, 3% psicologia, 3% serviços administrativos, 2% fisioterapia, 2% serviço social (Cfr.figura n.º17).

Figura 17. Profissões dos prestadores de cuidado



De um modo geral, os prestadores de cuidados apresentaram resultados bons nas suas avaliações das instituições (média global 3.26), conforme se verifica na tabela nº3. Os melhores resultados incidem com a preocupação por um tratamento justo e igualitário do idoso (3,86), o respeito pela sua intimidade e privacidade (3,71), pela sua integridade (3,70), e estão particularmente atentos às situações de negligência e maus tratos (3,69), valorizam o profissionalismo ético (3,64), respeitam a liberdade de expressão e informação do idoso (3,62) e garantem a promoção dos direitos e liberdades do idoso (3,62). Quanto aos aspetos menos positivos (ver tabela nº3, página seguinte), também revelados pelos idosos, prendem-se com a falta de autorização dada pelos próprios (2,25) na divulgação de aspetos da sua vida privada a familiares e terceiros (2,33). Trata-se aqui da divulgação destes aspetos a amigos/visitas e outros prestadores de cuidados da instituição nas questões onde deve existir confidencialidade e confiança no estabelecimento das relações de personalidade.

No se refere às questões de saúde, os funcionários inquiridos revelam pouca informação esclarecida sobre saúde (2,85), o que se pode ser aceitável atendendo ao facto de 68% não terem acesso a estas informações mais técnicas. No entanto, é de chamar-se aqui à responsabilidade o pessoal de saúde com deveres no que se refere a estas questões clínicas, sobre na forma e uso de vocabulário acessível à informação esclarecida pelo idoso.

Os inquiridos também reconhecem falhas nas políticas de liderança na prevenção de conflito no lar (2,87) e na oferta de serviços diferenciadores e inovadores (2,92). Por fim, e na sequência das políticas adotadas pelas instituições, admitem que os seus utentes, como público a quem se dirigem e devem estar particularmente sensíveis à escuta das suas necessidades, não são sempre incentivados na tomada de decisão e na escolha das atividades (3,15).

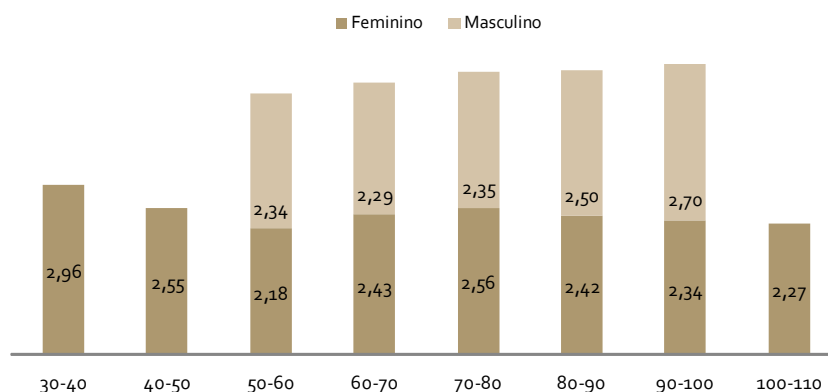
**Tabela nº3 Resultados dos prestadores de cuidados**

	0	1	2	3	4			Média (DP)
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sei	Não se aplica	
7.1 O lar considera a integridade do idoso?	0%	1%	4%	18%	76%	1%	0%	3.7 (0.597)
7.2 O lar respeita a liberdade de expressão e informação do idoso?	0%	3%	6%	18%	74%	0%	0%	3.62 (0.720)
7.3 Considera que o lar promove a autonomia do idoso?	0%	3%	12%	28%	57%	0%	0%	3.38 (0.822)
7.4 O lar respeita a intimidade e privacidade do idoso?	0%	1%	7%	11%	81%	0%	0%	3.71 (0.648)
7.5 Sente que o lar garante a promoção de direitos e liberdades do idoso?	0%	2%	7%	19%	71%	1%	0%	3.61 (0.698)
7.6 O lar esforça-se na promoção do bem-estar e projetos de vida do idoso?	0%	0%	11%	25%	64%	0%	0%	3.53 (0.689)
7.7 Considera que o lar potencia a participação dos idosos na tomada de decisão e nas atividades?	1%	6%	19%	28%	47%	1%	0%	3.15 (0.956)
7.8 Existe no lar uma oferta de serviços diferenciadores e inovadores?	1%	10%	20%	27%	37%	4%	2%	2.92 (1.061)
8.1 Preocupa-se no lar com um tratamento justo e igualitário dos idosos?	0%	0%	3%	7%	90%	0%	0%	3.86 (0.430)
8.2 Presta informação esclarecida sobre práticas de saúde?	7%	12%	13%	17%	46%	1%	3%	2.85 (1.340)
8.3 Presta informação do idoso a familiares e terceiros?	15%	16%	13%	14%	31%	1%	8%	2.33 (1.511)
8.4 Está autorizado pelo idoso a prestar informações a familiares e terceiros?	16%	4%	25%	12%	23%	6%	14%	2.25 (1.445)
8.5 Sente um compromisso ético enquanto profissional do lar?	0%	5%	3%	14%	78%	0%	0%	3.64 (0.777)
8.6 Preocupa-se em prevenir situações de negligência e maus-tratos no lar?	0%	5%	1%	13%	79%	1%	2%	3.69 (0.742)
8.7 Considera existirem políticas e liderança na prevenção de conflitos no lar?	2%	12%	18%	27%	35%	4%	2%	2.87 (1.104)

A pretensão do presente estudo foi realizar um levantamento sobre os aspetos da dignidade dos utentes, tendo-se para esse efeito procurado analisar todos os envolvidos (utentes e prestadores de cuidados). Aqui chegados, vimos a análise descritiva dos resultados de cada amostra, sendo que procuramos avançar nesta parte com as principais conclusões ao nível de resultados, e, numa fase posterior, com uma análise por comparações.

Uma análise dos resultados dos utentes por idade e género, permite observar que existem diferentes graus de satisfação nas questões da dignidade entre os utentes não idosos, sendo esta decrescente à medida do aumento da idade na escala dos 30-40 anos (2,96), dos 40-50 (2,55) e 50-60 anos (2,18 mulheres e 2,34 homens). No caso dos idosos só se verifica um decréscimo de satisfação a partir da escala dos 70-80 nas mulheres, sendo que nos homens a partir desta faixa etária ocorre o fenómeno inverso, conforme figura nº.18.

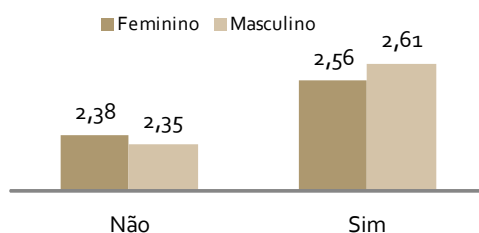
Figura 18. Relação dos resultados dos utentes por intervalo de idade e género



Fonte: Elaboração própria

O estudo revelou que 60% (98 utentes) da amostra não entrou na instituição por sua própria iniciativa. A figura nº 19 ilustra por um lado, uma média de satisfação de 2,56 mulheres e 2,61 homens que entraram na instituição por livre vontade, por outro lado, uma média de 2,38 mulheres e 2,35 homens que foram obrigados à institucionalização, o que revela que os resultados e percepção dos primeiros são mais positivos em relação aos segundos.

Figura 19. Relação dos resultados dos idosos por género e a vontade de entrada



Fonte: Elaboração própria

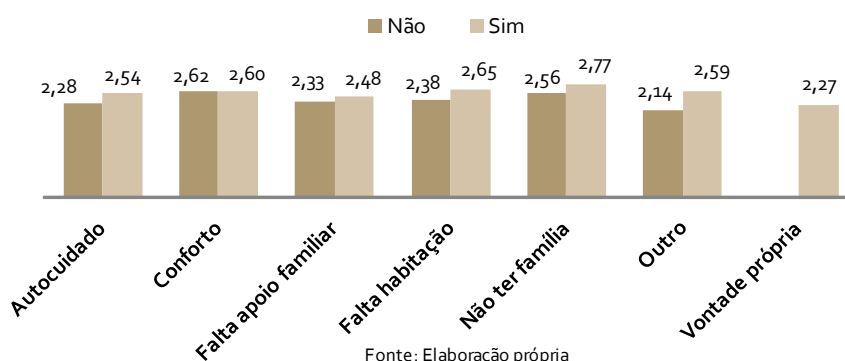
Desta percentagem de utentes, outro dado particularmente relevante prende-se com a conformação ou concordância posterior de 71% (70 idosos), sendo que 29% (28 idosos) permanecem incompreendidos e contrariados. De facto, a manutenção dos idosos nas suas próprias casas é um dos principais objetivos da assistência social (Reeve, 2008), por forma a manter uma vida independente tanto tempo quanto possível, e gerir com controlo a vida diária e as suas rotinas (Dale, Soderhamn & Soderhamn, 2012). A maioria dos idosos prefere

permanecer em suas casas porque são capazes de manter a integridade de sua rede social, preservar marcos ambientais e desfrutar de uma maior qualidade de vida. Os idosos que vivem sós, especialmente os sem filhos, estão mais vulneráveis em relação ao isolamento e ajuda social, pois tendem a ter mais dificuldades com a realização de atividades de vida diária (Gaymu & Springer, 2010).

Todavia, os preditores de institucionalização são causados essencialmente por comprometimento cognitivo (e.g demência relacionada com problemas como a agressividade, depressão, alucinações), prejuízo funcional e sobrecarga do cuidador (Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H., Brähler, E., Riedel-Heller, S.G., 2010). Na primeira situação, o idoso não reúne as condições para o consentimento informado, entendidas como (i) a capacidade de receber e compreender informação; (ii) capacidade de processar informações; (iii) a capacidade de apreciar a situação e suas consequências; (iv) capacidade de pesar os benefícios, riscos e alternativas; (v) a capacidade de fazer e comunicar uma decisão (Meulenbroek et al, 2010). Na impossibilidade do indivíduo fornecer o consentimento informado, este é substituído pelo consentimento de proximidade (família) ou duplo consentimento. Não obstante, mesmo o idoso com bom domínio mental tem a propensão a ser psicológica e socialmente dependente dos seus familiares para tomar decisões pessoais, o que não se pode aceitar como justificável.

Daí que tenham indicado como motivo da institucionalização por ordem decrescente: (i) falta de apoio familiar – 38%; (ii) dificuldade no autocuidado - 29%; (iii) não ter família – 15%; (iv) procura de melhores condições de conforto e acessibilidade – 9%; (v) falta de habitação – 6%; (vi) vontade própria – 3% e outros – 1%. Em regra, os utentes que refletiram a sua vontade com a institucionalização apresentam uma média de resultados mais satisfatórios do que os outros que entraram face aos mesmos motivos, mas sem consentimento expresso, conforme figura nº20.

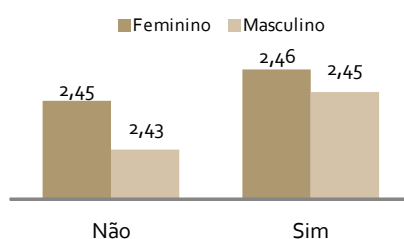
Figura 20. Relação dos resultados dos idosos refletido na vontade e motivo de entrada no lar



Uma grande percentagem de utentes (64%) não sai da instituição. Este aspeto é compensado com visitas regulares (68%) dos familiares (98%). Não entanto, não se pode menosprezar que 32% dos utentes raramente ou nunca tinham visitantes e aguardam com expectativa essas visitas para estabelecer contatos sociais dignificantes, os quais são tidos como importantes em certos aspetos da dignidade (Pleschberger, 2007; Franklin, Ternstedt &

Nordenfelt, 2006; Hall, Longhurst & Higginson, 2009). Os idosos que têm visitas dos seus familiares revelam uma súmula global dos seus resultados potencialmente mais positivos do que os idosos que não recebem visitas. Estas diferenças são acompanhadas por ambos os géneros, i.e., as mulheres que recebem visitas têm resultados bastante mais positivos (48,58%), paralelamente às que não têm (23,89%); por sua vez, os homens que recebem visitas também apresentam resultados mais favoráveis (19,01%) em comparação com os que não têm visitas (8,53%)

Figura 21. Relação dos resultados dos idosos por género e visitas



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à avaliação feita pelos idosos quanto ao seu grau de satisfação, esta é bastante positiva: Bom (60%), Suficiente (22%), Muito Bom (13%), Mau (5%). Mais de metade indicou que o lar não precisa melhorar em nada (54%), que necessita aprimorar os relacionamentos entre idosos e entre os idosos e os funcionários (20%); ter mais atenção com a alimentação (12%), outros (8%), conforto (3%), segurança (2%), mais atividades (1%). Os idosos revelaram desejar uma relação de maior carinho, atenção e solidariedade, com possibilidades para conversar com outros utentes e os prestadores de cuidados por forma a satisfazer as suas necessidades e desejos individuais. Alguns apontam críticas na alimentação, criticando as dietas, o tempero, o excesso de peixe e sopa. Outros mostram o seu desagrado com alguma desorganização ao nível da roupa e da medicação, apontando exemplos de situações consideradas indignas. Uns revelam a necessidade de sentirem mais confortáveis nas suas camas e protegidos sobretudo durante a noite, por ausência de segurança privado. Poucos expressaram o desinteresse total pelas atividades socioculturais desempenhadas na instituição.

De seguida segue de forma sistematizada ou agregada, e essencialmente mais dirigida, uma análise por comparações e coeficientes de correlação entre os principais resultados dos utentes e prestadores de cuidados por áreas temáticas conforme identificadas pela revisão da literatura como variáveis ou componentes do conceito amplo de dignidade nos cuidados sociais.

### **Tratamento justo, igualitário e reconhecedor da individualidade**

Os idosos sentem-se acarinhados e reconhecidos no lar em 87% das situações. Só dois idosos (1%) responderam raramente e quatro (2%) não souberam responder se o lar sente apreço por si. Os idosos que se sentem reconhecidos nos seus gostos, crenças, opiniões e atitudes pessoais totalizam 82%, e 60% apreciam na quase totalidade as refeições.

Paradoxalmente, 29% dos inquiridos revela que nunca e 17% que raramente se sentem reconhecidos individualmente, sendo que outros 29% revelam sentir-se muitas vezes reconhecidos pela forma como são tratados. Já os profissionais atestam em 90% (159 pessoas) ter sempre presente um tratamento justo e igualitário do idoso, 7% indicou ter em atenção o tratamento adequado bastantes vezes, e 3% às vezes. Há um confronto de avaliações entre idosos e colaboradores sobre o significado ou a simples perceção de tratamento igualitário. Há idosos que adotam uma nova cultura, enquanto outros esforçam-se para manter os seus hábitos e rotinas vivos. No entanto, os prestadores de cuidados devem agir de forma mais profunda, individualizada e igualitária, reconhecendo os diferentes desejos e necessidades individuais, personalizando um atendimento respeitável (Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternstedt, 2009).

### **Integridade e identidade individual**

Os utentes idosos que consideraram preservada a sua integridade representam 51% da amostra estudada. Os restantes indicaram que a sua integridade nunca é mantida (1%), ou é-o raramente (18%) ou às vezes (31%). Os funcionários avaliaram em 94% que as instituições consideram sempre e muitas vezes a integridade do idoso, só 4% considerou serem poucas vezes e 1% raros os casos. Esta é uma questão essencial na prestação de cuidados na preservação da dignidade humana. Uma perda progressiva da dignidade pode desencadear mudanças do sentido convencional de self, uma desintegração da personalidade, causando um sofrimento que afeta corpo, mente e alma (Chochinov, 2007).

Os utentes consideram que os funcionários se preocupam com a sua imagem muitas vezes (57%), sempre (21%), às vezes (13%) e raramente (6%). De relevar que estes referiram ser eles próprios a ter esses cuidados, não existindo essa preocupação e intervenção por parte do lar neste aspeto. Este foi um resultado bastante positivo, uma vez que manter uma boa imagem e aparência mostra que a pessoa não está a "deixar-se ir", o que se revela na preservação da sua autoestima e identidade (Reeve, 2008). A perceção de um corpo irreconhecível, a existência de medos sobre o futuro, maior dependência e fragilidade e a procura de visualizações mais positivas e significativas de si próprio são fatores indiciadores de uma identidade ameaçada (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006). Nesta perspetiva, a dignidade é expressa, em particular, como um valor relacionado com a identidade e pode ser melhorada ou violada pelos atos do prestador de cuidados, do próprio utente, ou por eventos ambientais (Høy, Wagner & Hall, 2007).

### **Liberdade e independência**

Metade dos utentes inquiridos considera que o lar respeita muitas vezes a sua liberdade e 10% sempre. Ainda 36% respondeu raramente e às vezes, mas 4% (6 idosos) disseram não a ter. Nas instituições são raros os casos em que o idoso tem a liberdade de escolha para sair, mesmo que para um simples passeio. Sem olvidar que 64% diz nunca sair do lar. Uma das questões colocadas sobre a liberdade era a possibilidade de escolha e posse de mobiliário ou objetos pessoais no lar, em que 44% respondeu sempre e 20% muitas vezes; no entanto, 34% refutaram nunca ter estes objetos quer por vontade própria quer porque a instituição não autorizava.

Os profissionais inquiridos consideram que o lar respeita sempre (74%) e muitas vezes (18%) a liberdade de expressão e informação ao idoso, sendo que só 6% avaliou que tal ocorria por vezes e 3% raramente. Verificou-se uma correlação moderada positiva ( $r = 0,72$ ) entre a liberdade de expressão/informação e a questão da integridade do idoso por parte dos colaboradores. A este respeito, as decisões forçadas ou paternalistas que ameaçam as experiências identitárias devem ser questionadas e, em alguns casos, extintas por tratar-se de situações de autonomia de segunda ordem ou de papel subserviente pelos idosos que se questione do ponto de vista ético sobre meios de coerção, coação, influência indevida (Hanssen, 2004). A dignidade, entendida principalmente em termos de liberdade e independência, tende a excluir-se ou a desvalorizar-se no cuidado institucional porque não há a preocupação de identificar as necessidades aceitáveis ou promotoras deste aspeto da dignidade. Portanto, seria crucial a criação de múltiplos sistemas e programas de cuidado abertos à escolha individual, seleccionando a melhor alternativa que se adapte seus valores e preferências pessoais (Agich, 2007), mas que implicaria uma outra dimensão de recursos e custos.

### **Respeito pela reserva da vida privada**

Grande parte dos utentes inquiridos, representados em 30%, não sabe se no lar conversam sobre a sua vida, enquanto outros 30% dizem nunca existirem essas conversas. Já 15% consideram existir muitas vezes e 14% às vezes conversas mais desagradáveis sobre si. Os idosos que expressamente não autorizam a divulgação de aspetos da sua vida privada correspondem a 56%, aqueles que raramente o fazem são 9%, os que o permitem muitas vezes são 13%, sempre 9% e às vezes 6%.

Já os colaboradores, 31% assumem que prestam sempre informação do idoso e de aspetos da sua vida a familiares e terceiros (diga-se aqui visitas e outros colaboradores), 14% em situações bastante frequentes, 13% em situações ocasionais, 16% raramente e 15% nunca. Só 8% afirmou que essa situação não se aplicava ao seu caso ou função. De seguida, estes afirmam em 23% estar sempre autorizados a prestar informações do idoso aos seus familiares e amigos, 12% muitas vezes, 25% às vezes, 16% nunca, 5% raramente. De relevar

que 14% que diz que esta questão não se aplica. A autorização do idoso a prestar informações tem uma forte correlação ( $r = 0,80$ ) com a prestação de informação a familiares e terceiros.

Ora, esta questão deve ser melhorada pelas instituições, tendo em conta a vontade e desejo ou não do idoso sobre a divulgação dessas informações que os diminuem na sua dignidade. No caso dos idosos sem autonomia decisória, esta questão também se aplica face à responsabilidade contratual assumida com os seus representantes.

### **Privacidade**

Os utentes que consideram que o lar respeita a sua privacidade e intimidade correspondem a 73%, sendo que os restantes resultados atestaram que tal ocorre às vezes em 18%, raramente em 6% e nunca apenas em 1% das situações. Quanto à privacidade no quarto, 67% dos utentes respondeu possuí-la e 13% às vezes, 17% raramente e 2% (4 pessoas) nunca a ter. A forma como os idosos percebem a sua privacidade e intimidade apresenta um coeficiente de correlação positivo ( $r = 0,55$ ) com a privacidade no quarto. De forma coincidente, 81% dos colaboradores apreciam que a intimidade e privacidade do idoso é sempre respeitada e 11% muitas vezes, resultados que apresentaram uma correlação moderada positiva ( $r = 0,66$ ) com os aspetos de promoção dos direitos e liberdades do idoso. Quanto à higiene pessoal, 39% dos utentes respondeu ter sido sempre respeitado, 28% muitas vezes, 17% às vezes e 6% raramente. Os 9% dos utentes que dizem não se aplicar esta situação deve-se ao seu elevado grau de autonomia para realizar estas tarefas de forma individual. Esta questão da higiene apresenta uma correlação moderada positiva ( $r = 0,75$ ) com a primeira questão da privacidade e intimidade aos utentes. A forma e a quantidade de tempo tomada para cuidados íntimos é importante para manter a dignidade, mas se é mais digna para as realizar de forma mais rápida ou lenta depende de preferências individuais (Clark, 2010).

### **Participação social**

Quanto à participação nas atividades, 18% dos utentes inquiridos relevaram participar sempre, 29% muitas vezes, 13% às vezes, enquanto 39% assumiram nunca ou raramente participar. No entanto, 46% dos inquiridos relevaram nunca ou raramente se sentirem motivados para a participação nas atividades desenvolvidas pelo lar, 29% sentem-se motivados muitas vezes e só 18% estão sempre motivados. A motivação e envolvimento do idoso nas atividades é fortemente influenciável da sua efetiva participação, conforme se pode atestar na correlação positiva entre ambas ( $r = 0,83$ ). Os profissionais consideram que o lar potencia sempre a participação dos idosos na tomada de decisão e nas atividades em 47%, 28% muitas vezes e 19% às vezes.

Ora, as atividades físicas têm um efeito positivo sobre a funcionalidade e a mobilidade, entendida como a capacidade de se mover de forma mais independente, mas talvez não haja um programa de atividades especificamente projetado face à desmotivação dos idosos

institucionalizados por forma a desencadear mudanças positivas. É importante para a manutenção da dignidade enfrentar e aceitar os desafios do envelhecimento, redescobrir as alegrias do movimento e da socialização, aprender a confiar em si mesmo, preservar as habilidades da vida diária, o mais possível (Liubicich, Magistro, Candela, Rabaglietti & Ciairano, 2012). Finalmente, ter acesso a atividades significativas e autónomas é considerado importante numa relação causa-efeito para a qualidade de vida e satisfação dos idosos (Welford C., et al., 2010), sendo por isso questões merecedoras de atenção.

### **Autonomia**

Os inquiridos idosos revelam-se autónomos para as tarefas da vida diária em 51% das situações, mas 20% admitem nunca ou raramente ter essa capacidade e 29% revelam que pontualmente e apenas certas tarefas conseguem fazê-las individualmente. Quanto ao incentivo do lar para a autonomia e independência individual, 68% revelaram esse apoio mais constante, embora 16% não reconheça e 15% por vezes se possa rever no encorajamento para a responsabilização individual. O incentivo para a autonomia do idoso relaciona-se positivamente com a realização individual de tarefas ( $r = 0,56$ ). Por seu turno, os funcionários atestam em 57% que a autonomia do idoso é sempre promovida, 28% muitas vezes, 12% por vezes e 3% raramente.

A falta de mobilidade pode desencadear experiências de indignidade e vergonha em ter de depender da equipa de cuidados (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006), embora já se concluísse que a perda de dignidade não é uma consequência inevitável de dependência porque pode ser mantida pelas oportunidades de controlo e de escolha (Clark, 2010). A autonomia diminuída, nas instituições, é frequentemente experimentada quando o idoso é controlado pelo ambiente ou é incapaz de verbalizar as suas necessidades e de exercer a sua cidadania, sendo frequentemente mero destinatário passivo de direitos sociais (Boyle, 2005). Por um lado, os idosos com deficiência física (autonomia executória limitada) são mais propensos a ter restrições à sua autonomia de decisão, ainda que a tenham. Por outro lado, as pessoas com demência ou depressão, ainda que autónomas podem não ter a capacidade de executar suas decisões. Assim, quando o idoso não reúne condições de autonomia decisória colocam-se, no plano ético, importantes considerações sobre a sua vulnerabilidade intelectual por estar em causa uma autonomia delegada nos profissionais sociais.

### **Direito à informação de saúde e sigilo profissional**

Da inquirição aos utentes resultou que só 23% mostra estar plenamente informado do seu estado de saúde e 36% explica ter conhecimento mais aprofundado após pedirem essas explicações aos profissionais da instituição. No entanto, 19% raramente são informados, 12% algumas vezes, e 10% não sabem mesmo do seu estado de saúde. Relativamente às questões da reserva e sigilo profissional, 28% dos utentes desconhecem se são cumpridas, 18%

consideram serem sempre respeitadas, 20% muitas vezes, 24% avaliam com pouca e rara frequência e 9% nunca. A garantia de sigilo profissional pelos colaboradores relaciona-se positivamente, ainda que de modo fraco ( $r = 0,40$ ) com a existência de informações esclarecidas sobre as questões de saúde. Por outro lado, os colaboradores declararam em 46% prestar sempre informações esclarecidas sobre saúde, 17% muitas vezes, 13% às vezes e 12% com raridade. De referir que 3% dizem não se aplicar esta situação às funções desempenhadas.

Não há uma conformidade entre os resultados pelo que os profissionais de saúde devem examinar as suas atitudes e premissas para com os utentes, fazer algumas perguntas básicas aos idosos, destinadas a ajudá-los a entender como as suas atitudes e suposições podem influenciá-lo no processo de saúde (Chochinov, 2007). Pois não há um total consentimento para atos invasivos de saúde (por exemplo, vacinação, aplicação de medicamentos), embora sejam tolerados pelos idosos por opções de benefícios pessoais (Meulenbroek et al, 2010).

### **Respeito pelos direitos do idoso**

A grande maioria dos utentes reconhece que a instituição se esforça para cumprir os seus direitos (78%). Nenhum inquirido sente inexistir esse esforço, só 7% considera com raridade essas práticas e 14% algumas vezes. Os utentes em 67% responderam nunca ter sido vítimas de pressão, ameaça ou coação na instituição e 9% raramente. Por outro lado, 15% dos utentes admitem a existência dessas situações em algumas ocasiões, 9% muitas vezes e 1% sempre. A existência ou não de situações de pressão e outras mais gravosas têm uma correlação positiva ( $r = 0,46$ ) com o cumprimento dos direitos dos idosos.

Já os profissionais avaliam que o lar garante sempre a promoção de direitos e liberdades do idosos em 71%, 19% pensam existir esse esforço muitas vezes e 7% às vezes. Os colaboradores afirmaram a premência de combater situações de negligência e de maus tratos na instituição em 79%, e 13% afirmou que existe essa preocupação muitas vezes. Quanto às políticas de liderança na prevenção de conflitos no lar, a informação foi mais distribuída, sendo que 35% considera existir sempre, 27% muitas vezes, 18% às vezes e 12% raramente. As atitudes desrespeitosas resultam em perda de autoestima, baixo auto-respeito e sentimentos de falta de valor (Gallagher, Li., Wainwright, Jones & Lee, 2008).

### **Cuidado ético**

Há disponibilidade e empenho dos colaboradores do lar para 76% dos utentes. Para 20% só existe algumas vezes, 4% raramente e 1% nunca. Os utentes que confiam na instituição sempre representam 63%, muitas vezes 26%, algumas vezes 6%, raramente 3%, nunca 2% e 1% não sabe. A confiança do idoso no lar apresenta uma correlação positiva ( $r = 0,40$ ) com o empenho dos seus profissionais. Por outro lado, 78% dos funcionários assumem

sentir sempre um compromisso ético enquanto colaboradores da instituição, 14% muitas vezes, 3% às vezes, e 5% raramente. As preocupações nas situações de negligência e maus-tratos estão fortemente correlacionadas com o compromisso ético dos profissionais dos lares ( $r = 0.83$ ). Também 64% colaboradores se revêem nos esforços que a instituição faz sempre para promover o bem-estar e projetos de vida do idoso.

Em internamento, os pequenos atos de bondade e atenção podem personalizar o atendimento e transmitir uma mensagem poderosa (Chochinov, 2007) de que o utente é merecedor de atenção por forma a desenvolver os seus planos para o futuro. O diálogo contínuo também deve ser rotineiramente utilizado para familiarizar os profissionais com os aspetos da vida do utente e ser um elemento normal e indispensável na conservação da dignidade por fomentar um sentimento de confiança, honestidade e abertura (Östlund, Brown & Johnston, 2012). Existem questões práticas, tais como a autorização tácita (e não expressa) para a prática de atos de cuidado que coloca questões no plano ético, nomeadamente, através da credibilidade, transferibilidade, confiabilidade do indivíduo.

### **Políticas e serviços inovadores**

As políticas e serviços inovadores são descritas pelos profissionais nas instituições como estando sempre em 37%, muitas vezes 27%, às vezes 20%, raramente 10% e 4% não sabem. Há uma crescente discussão na introdução de princípios de cuidados paliativos e da terapia da dignidade como prioridade estratégica de saúde e assistência social nos cuidados (Hall, Goddard, Opio, Speck & Higginson, 2011) na prevenção de uma ampla gama de riscos enfrentados pelos idosos (Liubicich, Magistro, Candela, Rabaglietti & Ciairano, 2012).

## CONCLUSÕES

A dignidade da pessoa humana é um valor irrenunciável, inviolável e inalienável que merece especial atenção, legitimação retórica e fins éticos em ambientes de cuidados, nomeadamente sobre as suas dimensões facilitadoras e promotoras. Não pode ter a sua finalidade restringida simplesmente à natureza humana no sentido subjetivo, pois, indubitavelmente, pressupõe a existência dos direitos fundamentais e dos direitos sociais que podem ser melhorados ou violados pelos atos do prestador de cuidados, do próprio utente, ou por eventos ambientais.

O presente estudo tratou de analisar as dimensões do conceito da dignidade humana, apresentando uma análise comparativa entre utentes e prestadores de cuidado acerca dos valores, das crenças e do papel que o idoso desempenha nos lares de idosos. Constatou-se que os utentes não entraram na instituição por sua própria iniciativa, o que pode ser um grande factor de indignidade e desrespeito pela sua pessoa, acrescido da falta de apoio familiar embora não haja abandono pela existência de visitas regulares. Em regra, os resultados de satisfação dos utentes que tomaram a decisão livre e esclarecida e recebem visitas são superiores em relação aos outros, em ambos os sexos. Tendencialmente, os homens apresentaram resultados mais favoráveis que as mulheres.

Os resultados dos utentes participativos são satisfatórios e a sua avaliação do lar é boa, não sendo preciso melhorar nada. Os idosos sentem-se acarinhados, aceites nos seus gostos, atitudes e necessidades de cuidado, mas paradoxalmente não se sentem reconhecidos na sua individualidade própria. Não têm quase nenhum interesse pelas atividades, o que revela a sua quase inexistente participação, indicando ainda desagradado com a falta de sigilo profissional pela existência de conversas sobre as suas vidas e consequente divulgação a familiares, sem o seu consentimento. No entanto, 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 percepção dos profissionais inquiridos acerca de todos os eixos de dignidade analisados é melhor comparativamente aos utentes. Todavia, o estudo revelou por parte dos profissionais pouca importância à decisão, autorização e informação dos idosos, quer na escolha das atividades, na divulgação de aspetos da sua vida privada e na prestação de informações esclarecidas sobre saúde.

As correlações apresentadas foram as mais relevantes, julgando-se à partida a existência de outras que não se confirmaram com relevância estatística. Assim, conforme indicava a literatura o conceito de dignidade nos cuidados atesta a existência de outros conceitos variáveis, concretamente neste estudo, a saber: o incentivo para a autonomia do idoso com a realização individual de tarefas; a motivação e envolvimento do idoso nas atividades com a sua efetiva participação; intimidade e privacidade com os aspetos de promoção dos direitos e liberdades do idoso; a higiene do idoso com a questão da sua

privacidade e intimidade; a liberdade de expressão/informação e a questão da integridade do idoso por parte dos colaboradores; a autorização do idoso a prestar informações com a prestação de informação a familiares e terceiros; o sigilo profissional com o acesso a informações esclarecidas de saúde; a existência ou não de situações de pressão com o cumprimento dos direitos dos idosos; a confiança no lar com o empenho dos profissionais; e as preocupações nas situações de negligência e maus-tratos com o compromisso ético dos profissionais.

Concluindo-se que os idosos em lares não podem ser tratados de maneiras indignas que violem os seus direitos fundamentais, tais como, com indiferença e o modo infantilizado. Os erros (por via da ação ou omissão) na prestação de cuidados, as restrições ou excesso de regras, os conflitos teóricos com a realidade prática, a falta de recursos (tempo insuficiente, dificuldade de recrutamento de pessoal competente e motivado, falta de articulação entre as equipas multidisciplinares) nos lares são ameaças identificadas à dignidade e ao conflito moral. Todas estas atitudes desrespeitosas resultam em perda de auto-estima, baixo auto-respeito e sentimentos de falta de valor no idoso.

É preciso que haja um afastamento das abordagens atuais enraizadas em tradições antigas e seja reconhecida a individualidade do idoso residente numa unidade que agora é sua casa e na qual deve decidir. O internamento como resposta típica ou primeira escolha não enfatiza 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. O compromisso no entendimento ético deve centrar-se no cuidado individualizado, diferenciado, igualitário e respeitoso, no ouvir o utente, na prevenção de sintomas de indignidade através do conhecimento das necessidades, desejos e hábitos a nível físico, mental, espiritual e social do idoso e no seu envolvimento com a família, sem obstáculos formais ao nível de horários e restrições no acesso à instituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agich, G.** (2004). *Dependence and autonomy in old age*. Cambridge, Cambridge: University Press.
- Agich, G.** (2007). Reflections on the Function of Dignity in the Context of Caring for Old People, *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 32:5, 483-494.
- Albers, G., Pasma, H.R.W., Deliens, L., De Vet H.C.W, Onwuteaka-Philipsen, B.D** (2012) Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *J Pain Symptom Manage*, 45, 1030-1038.
- Amon J.J, Bral S.D, Beyrer C. & Kass, N.** (2012). Human Rights Research and Ethics Review: Protecting Individuals or Protecting the State? *PLoS Medicine* 9 (10): 1-5.
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A.L. & Segesten, K.** (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis, *J Adv Nurs* 59(6): 635-643.
- Andorno, R.** (2013). The dual role of human dignity in bioethics, *Med Health Care and Philos*, 16:967-973.
- Antiel, R.M., Curlin, F.A., James, K.M, Sulmasy, D.P. & Tilburt, J.C.** (2012). Dignity in End-of-Life Care: Results of a National Survey of U.S. Physicians, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 44, nº3, 331-339.
- APAV** (2014). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2013*. Lisboa: APAV.
- Badcott, D. & Leget, C.** (2013). In pursuit of human dignity. *Med Health Care and Philos*, 16 (4):933-6.
- Baillie, L. & Gallagher, A.** (2011). Respecting dignity in diverse care settings: Strategies of UK nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 17 (4), 336-341.
- Barnes, H. & Parry, J.** (2004). Renegotiating identity and relationships: Men and women's adjustments to retirement. *Age and Ageing*, 24, 213-233.
- Bayer, T., Tadd, W. & Krajcik, S.** (2005). Dignity: The voice of older people, *Quality in Ageing and Older Adults*, 6 (1), 22-29.
- Beauchamp TL** (2011). Viewpoint: why our conceptions of research and practice may not serve the best interest of patients and subjects. *Journal of Internal Medicine*; 269: 383– 87.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F.** (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press: Oxford, 312-313.
- Boyle, G.** (2008). Autonomy in long-term care: a need, a right or a luxury? *Disability & Society*: 23(4): 299-310.
- Bookman, A. & Kimbrel, D.** (2011). Families and Elder Care in the Twenty-First Century; *Fall*, 21 (2): 119-140.
- Bridges, J., Flatley, M. & Meyer, J.** (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies* 47: 89– 107.
- Bunn, F., Dickinson, A., Barnett-Page, E., McInnes, E. & Horton, K.** (2008). A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions, *Ageing & Society*; 28: 449–472.
- Cairns, D., et al.** (2013). The meaning and importance of dignified care: findings from a survey of health and social care professionals. *BMC Geriatrics* 13: 28:1-6.
- Capezuti, E. & Hamers, J.P.H.** (2013). Perspectives on how to improve the nursing care of older adults, *International Journal of Nursing Studies* 50, 1153 – 1155.
- Chadwick, A** (2012). A dignified approach to improving the patient experience: Promoting privacy, dignity and respect through collaborative training, *Nurse Education in Practice* 12, 187-191.
- Chapman, A.** (2011) Human Dignity, Bioethics and Human Rights. *Amsterdam Law Forum*, 3: 3-12.
- Chochinov, H.M.** (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*: 334, 184-187.
- Chochinov, H M., et al.** (2008) The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*: 36, 559-571.
- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. & Harlos, M.** (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*; 360: 2026-30.
- Clark J.** (2010). Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nursing Times*: 106: 20: 16-19.
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R.H. & Gladman, J. R. F.** (2013). Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 69 (12), 2707–2716.
- Cooper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z. & Livingston, G.** (2010) Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 480 – 485.
- Cornwell, J.** (2012). *The Care of Frail Older People with Complex Needs: Time for a Revolution*. London: The King's Fund.

- Dale, B., Soderhamn, U. & Soderhamn, O.** (2012). Life situation and identity among single older home-living people: A phenomenological hermeneutic study. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 7: 1-11.
- Daly, J. & Coffey, A.** (2010). Staff perceptions of elder abuse. *Nursing older people*, 22 (4): 33-37.
- Dewar, B. & Nolan, M.** (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *Int J of Nursing Studies* 50, 1247 – 1258.
- Dwyer L.L., Andershed, B., Nordenfelt, L. & Ternstedt B. -M.** (2009). Dignity as experienced by nursing home staff *International Journal of Older People Nursing* 4, 185–193.
- Ferguson, L. M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S. & McMurtry, J.** (2013). Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice* 13 (2013) 283-287.
- Capezuti, E. & Hamers, J.P.H** (2013). Perspectives on how to improve the nursing care of older adults. *Int J of Nursing Studies* 50, 1153–1155.
- Fonseca, J. & Cardoso, M.** (2007). Mixture-Model Cluster Analysis using Information Theoretical Criteria. *Intelligent Data Analysis* 11, 155-173.
- Franklin, LL., Ternstedt, B.M. & Nordenfelt L.** (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics*, 13 (2): 130– 146.
- Frilund, M., Fagerström, L., Eriksson, K. & Eklund, P.** (2013). Assessment of Ethical Ideals and Ethical Manners in Care of Older People. *Nursing Research and Practice*, Article ID 374132.
- Gallagher, A. & Seedhouse, D.** (2002). Dignity in care: the views of patients and relatives. *Nurs Times*, 98 (43):38-40.
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I.R. & Lee, D.** (2008). Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*: 7(11):1-12.
- Gaymu, J., & Springer, S.** (2010). Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: A gender and cross-country analysis. *Ageing and Society*, 30 (7), 1153-1176.
- Gibson, B., Secker, B., Rolfec, D., Wagner F., Parke, B. & Mistry, B.** (2012). Disability and dignity-enabling home environments. *Social Science & Medicine* 74, 211-219.
- Goddard, C., Speck, P., Martin, P. & Hall, S.** (2013) Dignity Therapy for older people in care homes: a qualitative study of the views of residents and recipients of 'generativity' documents. *Journal of Advanced Nursing* 69 (1):122– 132.
- Haley, W., Ferraro, K. & Montgomery, R.** (2012): Is Gerontology Ready for Accreditation? *Gerontology & Geriatrics Education*, 33:1, 20-38.
- Hall, E.O., Hoy, B.** (2012). Re-establishing dignity: nurses' experiences of caring for older hospital patients. *Scand J Caring Sci*, 26:287 – 294.
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P. & Higginson, I. J** (2011). Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: A phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliative Medicine* 26 (5) 703 – 712.
- Hall S, Longhurst, S. & Higginson I** (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age and Ageing* 2009; 38: 411– 416.
- Halls, S, Dodd, R.H. & Higginson, I. J.** (2013). Maintaining dignity for residents of care homes: A qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing* xx: 1-6.
- Hanssen, I.** (2004). An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics* 11 (1) Arnold, 28-41.
- Hill, M.M. & Hill, A.** (2012). *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2º ed, 5º Imp, Lisboa.
- Hillman, A., Tadd, W., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, A. & Read S.** (2013) Risk, governance and the experience of care *Sociology of Health & Illness*; 35 (6): 939–955.
- Høy, B., Wagner L. & Hall, E.** (2007). The elderly patient's dignity. The core value of health. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2:160-168.
- Jacelon, C.S** (2004). Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *Journal of Advanced Nursing*; 46: 549– 557.
- Jones, A. & Aranda, K.** (2009). Putting dignity first. *Community Practitioner*, 82 (2), 30-31.
- Liubicich, M., Magistro, D., Candela, F., Rabaglietti, E. & Ciairano S.** (2012). Physical Activity and Mobility Function in Elderly People Living in Residential Care Facilities. "Act on Aging": A Pilot Study. *Adv in Physical Ed*; 2(2): 54-60.
- Lovell, M.** (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *J of Vasc Nurs*, 22-26.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H., Brähler, E., Riedel-Heller, S.G.** (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*; 39: 31– 38.
- Macklin, R** (2003). Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 327:1419-1420.
- 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.
- Meulenbroek, O. et al.** (2010) Informed consent in dementia research. Legislation, theoretical concepts and how to assess capacity to consent. *European Geriatric Medicine*; 1: 58-63.
- Meyer, J.** (2010). Promoting dignity, respect and compassionate care. *Journal of Research in Nursing*, 15(1): 69-73.
- Morais, A.M. & Neves, I.P.** (2007) Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20 (2): 75-104.

- Morris, J.** (2012). Ensuring dignity in the care of older people, *BMJ*; 344, e533.
- Nordenfelt, L.** (2004). The varieties of dignity. *Health Care Analysis*, 12(2), 69–81.
- Oliveira, M., Barbosa, R. & Barbas, S.** (2012). The exercise of autonomy for the elderly in medical treatment, *Rev Bioet (Impr.)*; 20 (2): 307-17.
- Oliver, D.** (2012). Transforming care for older people in hospital: physicians must embrace the challenge. *Clinical Medicine*; 12 (3): 230–34.
- Östlund, U., Brown, H. & Johnston, B.** (2012). Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review, *Eur J of Oncology Nursing* 16 353-367.
- Paiva, M. & Villarouco, V.** (2012). Accessibility in collective housing for the elderly: a case study in Portugal. *IOS Press*, work 41: 4174-4179.
- Papastavrou, E.** (2012). Respecting Human Dignity through Individualized Care. *J Nurs Care* 1:4.
- Patton, M.Q.** (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3<sup>o</sup> ed. London: Sage Publications.
- Pleschberger, S.** (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view, *Age and Ageing*; 36: 197–202.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V.** (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 5<sup>o</sup> ed, Lisboa: Gradiva.
- Randers, I. & Mattiasson A-C.** (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing* 45(1): 63-71.
- Reeve, L.** (2008). *Dignity in policy and practice: concepts of dignity and the provision of home care to older people in Newcastle*, MA Applied Policy Research Dissertation: Newcastle City Council, Corporate Planning, Programmes and Research.
- Rigby, J., Payne, S. & Froggatt, K.** (2010). What evidence is there about the specific environmental needs of older people who are near the end of life and are cared for in hospices or similar institutions? A literature review. *Palliative Medicine*; 24(3) 268–285.
- Seedhouse, D. & Gallagher, A.** (2002): Undignifying Institutions. *Journal of Medical Ethics*, 28:368-72.
- Singh, I., Roberts, N., Irving, R. & Singh N.** (2013). Compassion, care, dignity and respect: the NHS needs a culture change, *British Journal of Hospital Medicine*: 74 (3):124-125.
- Stievano, A., Rocco, G., Sabatino, L. & Alvaro, R.** (2013). Dignity in Professional Nursing: Guaranteeing Better Patient Care. *Journal of Radiology Nursing*; 32: 120-123.
- Tadd, W.** (2006). Dignity and older Europeans. In: J Gunning & S Holm (Eds) *Ethics, Law and Society* (pag.73-92). London: Ashgate.
- Tadd, W. Bayer, T. & Dieppe, P.** (2002). Dignity in health care: reality or rhetoric? *Reviews in Clinical Gerontology*, 12:1-4;
- Tadd, W., Hillman, A., Calnan, M., Calnan, S., Read, S. & Bayer, A.** (2011). Right place – wrong person: dignity in the acute care of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*; 12 (1):33-41.
- Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, A. & Read, S.** (2011). Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. *NIHR Health Services Research and Delivery Programme*: 211-218.
- Van Gennip I.E., Pasman H.R.W, Oosterveld-Vlug M.G, Willems D.L, & Onwuteaka-Philipsen, B.D.** (2013). The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients, *International Journal of Nursing Studies* 50, 1080–1089.
- Welford, C., Murphy, K., Casey, D. & Wallace, M.** (2010). A Concept Analysis of Autonomy for Older People in Residential Care. *Journal of Clinical Nursing*. 19: 1226– 1235.
- Williamson, C.R.** (2012). Dignity and development, *The Journal of Socio-Economics*: 41, 763 – 771.
- WHO** (2011). *European Report on Preventing Elder Maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- WHO** (2002a). *Abuse of the Elderly*. Geneva: World Health Organization.
- WHO** (2002b). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- WHO** (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide*. Geneva: World Health Organization.
- Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P. & Tadd, W.** (2004). Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age and Ageing*, 33(2):165-170

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 – Autorização.....	1
Apêndice 2 – Questionário Utentes.....	2
Apêndice 3 – Questionário Funcionários.....	3

## Apêndice 1 - Autorização

Exmº Senhor Presidente:

**ASSOCIAÇÃO DE .....**

Santa Maria da Feira, 22 de Abril de 2013

**Assunto:** Pedido de colaboração no estudo e autorização de aplicação de questionários de avaliação aos utentes e colaboradores

Exmº Senhor,

Eu, Sónia Alexandra Barros Cruz, licenciada em Direito e especialista em Gerontologia, a exercer funções de advocacia no concelho de Santa Maria da Feira, requeiro a sua autorização para aplicação de questionários aos clientes e colaboradores do seu serviço de Lar de Idosos/ Residência, para efeitos de Dissertação de Mestrado no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Neste trabalho académico propus-me realizar um estudo subordinado ao tema "*Dignidade em Lares de Idosos*", pretendendo avaliar os mais variados domínios da dignidade humana, numa vertente ética e jurídica ao nível da prestação de serviços sociais e de saúde.

Considerando o seu apoio institucional, entendo reunir as condições para o sucesso deste trabalho de sensibilização política e jurídica sobre este tema de grande importância sobre a população envelhecida em todos os Lares de idosos/Residências de Santa Maria da Feira.

Solicito assim, junto de Vª.Exª, a oportunidade de concretizar este trabalho, assumindo um compromisso de respeitar as normas éticas de um processo de investigação.

Peço deferimento.

Com os melhores cumprimentos, subscrevo-me,

---

(Sónia Barros Cruz)

## Apêndice 2 – Questionário Utentes



### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DIGNIDADE EM LARES DE IDOSOS

Este questionário tem como objectivo avaliar a qualidade dos serviços e o tratamento dos idosos em lar, no sentido da manutenção e preservação da sua dignidade.

A sua colaboração é muito importante, pelo que desde já agradecemos o seu preenchimento de forma sincera e crítica.

A confidencialidade e o anonimato da informação está garantido.

Assinale com uma cruz (X)

1. Género  Masculino  Feminino

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

3. Estado Civil  Casado/a  Unido/a de facto  Viúvo/a  Solteiro/a  Divorciado/a

4. Habilitações Literárias  Não andou na escola  1º ciclo (4ª classe)  2º ciclo (6ª classe)  3º ciclo (9ª classe)  Ensino secundário ou superior

5. Atualmente, qual é a sua fonte de rendimento? (Pode escolher mais do que uma opção)

Reforma  Invalidez  Apoio família  Rendas  Poupanças  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

6. Rendimento Mensal

Inferior a 200€  Entre 200€ e 500€  Entre 500€ e 700€  Entre 700€ e 800€  Superior a 800€

7. Há quanto tempo está no lar? \_\_\_\_\_

8. Motivo de entrada no lar:

Dificuldades no autocuidado  Não ter família  Motivos económicos  Falta de apoio familiar  Falta de habitação  Conforto e/ou acessibilidade  Por vontade própria  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

9.1 Tomou a iniciativa ou decisão livre de entrar no lar?  Sim  Não

9.2 Se NÃO, concordou mais tarde?  Sim  Não

10. Costuma sair do lar?  Sim  Não

11.1 Recebe regularmente visitas?  Sim  Não

11.2 Se SIM, quem o costuma visitar?  Família  Amigos  Vizinhos

12. De um modo geral, como avalia o lar?  Muito bom  Bom  Suficiente  Mau  Muito Mau

13. Na sua opinião, o que é preciso melhorar?

Não precisa de nada  Alimentação  Segurança  Relacionamento  Conforto  Humanidade  Limpeza  Atividades  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

Na tabela abaixo, faça a sua avaliação do lar de idosos ao assinalar com uma cruz (X) a forma como o lar considera as seguintes questões da sua vida.

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	NÃO SEI	NÃO SE APLICA
Considera que o lar tem apreço por si?							
Considera que o lar se preocupa com a sua imagem?							
Considera que o lar preserva a sua identidade?							
Considera que o lar respeita a sua liberdade?							
Sente que no lar existem conversas sobre sua vida passada e opções de vida por parte dos colaboradores e outros idosos?							
Autoriza aos profissionais do lar a divulgação de aspetos da sua vida íntima e privada?							
O lar aceita os seus gostos, crenças, opiniões e atitudes pessoais?							
No lar existe respeito pela sua vida, privacidade e intimidade?							
No lar existe um respeito pela sua higiene pessoal, cabelo, telefonemas?							
Tem privacidade no seu quarto?							
No quarto tem mobiliário e objetos seus?							

Na tabela abaixo, faça a sua avaliação individual ao assinalar com uma cruz (X) a forma como vive, participa e sente as seguintes questões da sua vida no lar de idosos.

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	NÃO SEI	NÃO SE APLICA
Participa nas atividades sociais e de lazer do lar?							
Sente-se motivado e envolvido nessas atividades?							
Realiza tarefas sozinho no lar (e.g. vestir, comer, higiene)?							
As relações e atividades no lar são do seu gosto?							
O lar encoraja-o a ser responsável por si próprio e a executar tarefas?							
É esclarecido e informado no lar sobre serviços e questões de saúde?							
Os profissionais do lar mantêm sigilo sobre aspetos da sua vida?							
O pessoal do lar esforça-se para cumprir os seus direitos?							
Sente existir no lar um reconhecimento pela sua diferença?							
Já se sentiu sob pressão, ameaça ou coação no lar?							
Existe disponibilidade e empenho dos colaboradores do lar?							
Tem confiança no lar para resolver os seus problemas?							

Obrigado pela sua colaboração!

## Apêndice 3 – Questionário Funcionários



### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DIGNIDADE EM LARES DE IDOSOS

Este questionário foi concebido para avaliar aspectos da dignidade dos utentes em lares de idosos, por parte de todos os profissionais que o constituem. Por favor, lembre-se que todas as respostas são confidenciais.

Assinale com uma cruz (X) a sua resposta

1. Género		Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	2. Idade		_____anos	
3. Estado Civil		Solteiro/a <input type="checkbox"/>	Unido/a de facto <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Divorciado/a <input type="checkbox"/>	Viúvo/a <input type="checkbox"/>	
4. Habilitações Literárias		Ensino primário <input type="checkbox"/>	Ensino secundário <input type="checkbox"/>	Pós-graduação <input type="checkbox"/>			
		Ensino básico <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>			
5. Há quanto tempo trabalha no lar?		_____					
6. Qual é a sua profissão?	Director/a técnico/a <input type="checkbox"/>	Psicólogo/a <input type="checkbox"/>	Técnico/a auxiliar <input type="checkbox"/>				
	Médico/a <input type="checkbox"/>	Assistente social <input type="checkbox"/>	Administrativo/a <input type="checkbox"/>				
	Enfermeiro/a <input type="checkbox"/>	Animador/a <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>				
	Fisioterapeuta <input type="checkbox"/>	Cozinheira <input type="checkbox"/>	Qual? _____				

A tabela abaixo procura a sua opinião sobre a avaliação do lar quanto às seguintes questões sobre dignidade do idoso. Assinale com uma cruz (X)

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	NÃO SEI	NÃO SE APLICA
O lar considera a Integridade do idoso?							
O lar respeita a liberdade de expressão e informação do idoso?							
Considera que o lar promove a autonomia do idoso?							
O lar respeita a intimidade e privacidade do idoso?							
Sente que o lar garante a promoção dos direitos e liberdades do idoso?							
O lar esforça-se na promoção do bem-estar e projectos de vida do idoso?							
Considera que o lar potencia a participação dos idosos na tomada de decisão e nas actividades?							
Existe no lar uma oferta de serviços diferenciados e inovadores?							

A tabela abaixo procura a sua opinião enquanto colaborador do lar na sua prática diária sobre questões relativas à dignidade do idoso. Assinale com uma cruz (X)

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	NÃO SEI	NÃO SE APLICA
Preocupa-se no lar com um tratamento justo e igualitário ao idoso?							
Presta informação esclarecida sobre práticas de saúde?							
Presta informação do idoso a familiares e terceiros?							
Está autorizado pelo idoso a prestar informações aos familiares e terceiros?							
Sente um compromisso ético enquanto profissional do lar?							
Preocupa-se em prevenir situações de negligência e maus-tratos no lar?							
Considera existem políticas e liderança na prevenção de conflitos no lar?							

Tem algum comentário a fazer sobre as questões ou gostaria de acrescentar alguma informação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obrigado pela colaboração!