



**Instituto Superior de Línguas e Administração**

## Institucionalização: O fim da linha?

Maria Adelaide Moita Fernandes Camejo

Dissertação submetida para satisfação parcial  
dos requisitos do grau de Mestre em Psicologia Social e Organizacional,  
sob a Orientação do Professor Doutor José Magalhães.

Leiria

2013



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor José Magalhães, apresentada ao Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Organizacional, conforme o Despacho nº 23130/2008 da DGES, publicado na 2ª Série do Diário da República, em 10 de Setembro de 2008.



## **Dedicatória**

Dedico este meu trabalho:

A DEUS, que me deu força para chegar ao fim de mais uma etapa da minha vida;

A toda a minha família, minha mãe, meu marido e meus filhos, pela grande paciência que tiveram em aturar as minhas “birras” e ausências.

**BEM HAJAM**



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Magalhães, que sem ele nada seria possível.

À Instituição ( ISLA) que me acolheu e me prestou toda a ajuda necessária para que eu conseguisse concluir a minha Dissertação.

Aos funcionários da Biblioteca Municipal da Figueira da Foz, que colocaram á minha disposição a bibliografia necessária para eu elaborar o meu trabalho.

Aos meus amigos e colegas de curso, pelos bons momentos de convívio, companheirismo e amizade.

À minha família, meu marido e meus filhos, mas principalmente á minha mãe que foi avó e mãe, para que eu pudesse chegar até aqui.

**OBRIGADA**



## RESUMO

As grandes transformações estruturais na nossa sociedade, económicas, demográficas, sociais e culturais, configuram o envelhecimento como uma valência existencial e social simultaneamente com valor de efeito e de fator. O problema de partida situa-se no facto de o envelhecimento populacional ser um fenómeno social, que tem despoletado a necessidade de criar respostas sociais, não só a pensar nos idosos, mas também a pensar nas suas famílias, que se vêem confrontadas com a impossibilidade de cuidar dos seus elementos mais velhos. A institucionalização em Lar de idosos consubstancia-se numa, das muitas, respostas que hoje servem de solução para alguns idosos e seus familiares.

Face ao exposto, a nossa investigação teve como objetivo principal: Identificar e analisar as implicações inerentes à institucionalização da pessoa idosa em Lar, e perceber se esta valoriza no seu discurso as implicações positivas ou as implicações negativas.

O método adotado foi o qualitativo e recorreremos à entrevista semi-estruturada, como técnica de recolha de dados. Entrevistámos treze idosos que se encontram a residir na valência Lar de duas Instituições Particulares de Solidariedade Social, do concelho de Figueira da Foz . A definição da nossa amostra assentou em critérios estabelecidos à priori, constituindo-se uma amostragem intencional ou de conveniência.

As duas dimensões que orientaram as nossas entrevistas pautaram-se pela análise do processo de decisão (motivos e agentes) pela interpretação e análise das implicações do processo de institucionalização, nos vários níveis da vida das pessoas idosas.

A partir da análise dos dados denota-se, predominantemente, no discurso dos idosos referência às implicações negativas, no entanto, sobrevalorizam as implicações positivas, elegendo como a principal: o acompanhamento permanente.

Palavras-chave: Envelhecimento; Velhice; Lar de Idosos; Institucionalização; Implicações.

## **Abstract**

The major structural changes in our society: economic dislocation, demographic, social and cultural that ageing is both an effect and a factor. The ageing population is a social phenomenon, which has triggered the need to create responses social, not only for the elderly, but also thinking of their families, who are confronted with the impossibility of their elements older. Institutionalizing allowance of elderly represents a, of the many answers today, that serve as a solution for some elderly and their families.

Therefore our research is scoped: identify and analyse implications inherent in the institutionalisation of the person elderly allowance, and saw if this value in his speech the implications positive or negative implications.

The method adopted was the qualitative and we interview semi-processed structured as data collection. We interview thirteen elderly who are resident in Valencia home two private institutions of social solidarity, the municipality of Figueira da Foz. The definition of our sample were criteria laid down to pre-control, a sampling intentional or convenience.

The two dimensions which guided our interviews there by analysis of the decision-making process (reasons and agents) from the interpretation and analysis of the implications of the process of institutionalizing levels of life of elderly people. From the analysis of data show, predominantly in the speech of the elderly references to the negative implications, however, overvalorize the positive implications provided as the primary: the ongoing monitoring.

Keywords: ageing; old age; home elderly; institutionalization; implications.

# ÍNDICE

Dedicatória

Agradecimentos

Resumo.....ix

Abstract.....x

Índice de Gráficos.....xiv

Índice de Siglas.....xv

**Introdução.....1**

## PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEORICA

**Capítulo 1 - Envelhecimento e velhice: definições.....5**

1.1 - Definição de envelhecimento.....5

1.2 – Definição de velhice.....7

**Capítulo 2 - Envelhecimento demográfico: contornos e desafios de um fenómeno**

social importante.....9

2.1 - O Envelhecimento demográfico como um facto sem precedentes.....9

2.2 - O envelhecimento demográfico: um problema pessoal e social.....10

2.3 - Estatuto social e familiar da pessoa idosa.....12

2.4 – Alterações na estrutura da família.....15

**Capítulo 3 - Medidas direccionadas para a velhice.....17**

3.1 - Génese e contornos.....17

3.2 - Respostas sociais direccionas para os idosos.....23

**Capítulo 4 - Lares para pessoas idosas.....30**

4.1 - Génese e evolução.....30

4.2 - O preconceito: uma herança do passado.....	32
<b>Capítulo 5 - O processo de institucionalização das pessoas idosas.....</b>	<b>34</b>
5.1 - Principais motivos que conduzem à institucionalização.....	34
5.2 – Principais agentes inerentes ao processo de institucionalização.....	34
5.3 – Adaptação/integração ao ambiente institucional.....	36
5.4 – Principais implicações do processo de institucionalização.....	38

## **PARTE II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

<b>Capítulo 6 - Definição da pesquisa.....</b>	<b>45</b>
6.1 - Delimitação do problema de pesquisa e questão de partida.....	45
6.2 – Objectivos.....	45
6.2.1 - Objectivo geral – Problematização.....	46
6.2.2 - Objectivos específicos – Envolventes.....	46
6.3 – Hipóteses – Probabilidades.....	47
6.4 - Caracterização empírica da pesquisa.....	48
6.5 - Modo de investigação.....	49
6.6 - Delimitação do campo de pesquisa.....	49
6.6.1 – Delimitação da população-alvo.....	50
6.6.2 – Delimitação espacial.....	50
6.6.3 - Técnica de recolha de dados.....	51
6.6.4 - Tratamento de dados.....	52
<b>Capítulo 7 – Caraterização dos idosos institucionalizados.....</b>	<b>53</b>
7.1 – Caraterização dos idosos.....	53
7.1.1 - Distribuição dos idosos segundo o Género.....	54
7.1.2 - Distribuição dos idosos segundo a idade.....	54

7.1.3 - Distribuição dos idosos segundo as habilitações literárias.....	55
7.1.4 - Distribuição dos idosos segundo a profissão.....	55
7.1.5 - Distribuição dos idosos segundo o estado civil.....	56
7.1.6 - Distribuição dos idosos segundo o número de filhos.....	56
7.1.7 - Distribuição dos idosos segundo o tempo de institucionalização.....	57
7.1.8 - Distribuição dos idosos segundo o tipo de decisão.....	57
7.2 - Síntese biográfica da população alvo.....	58

### **PARTE III - ESTUDO EMPIRÍCO**

<b>Capítulo 8 - Análise dos dados.....</b>	<b>67</b>
8.1 – Processo de decisão inerente à institucionalização.....	67
8.1.1 - Motivos inerentes ao processo de decisão.....	67
8.1.2 - Agentes inerentes ao processo de decisão.....	69
8.2 - Implicações inerentes ao processo de institucionalização.....	70
8.2.1 - Fase de integração/ adaptação e participação.....	70
8.2.2 – Implicações ao nível das relações familiares.....	72
8.2.3 – Implicações ao nível das relações sociais.....	74
8.2.4 – Implicações na vida social.....	75
8.2.5 – Implicações nas rotinas diárias.....	76
8.2.6 – Implicações relativamente à gestão dos bens.....	78
<b>Reflexão.....</b>	<b>81</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>85</b>
Referências.....	87
Anexos.....	93
Guião de entrevista aos idosos.....	94
Consentimento informado.....	95

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo o género.....	54
Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo a idade.....	54
Gráfico 3 – Distribuição dos idosos segundo as habilitações literárias.....	55
Gráfico 4 - Distribuição dos idosos segundo a profissão.....	55
Gráfico 5 – Distribuição dos idosos segundo o estado civil.....	56
Gráfico 6 - Distribuição dos idosos segundo o número de filhos.....	56
Gráfico 7 – Distribuição dos idosos segundo o tempo de institucionalização.....	57
Gráfico 8 – Distribuição dos idosos segundo o tipo de decisão.....	57

## **Índice de Siglas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ASM - Associações de Socorros Mútuos

CATA - Caixa de Aposentações dos Trabalhadores Assalariados

CSI - Complemento Solidário para Idosos

IGFSS – Instituto de Gestão Financeiro da Segurança Social

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

PUAII - Programa de Unidade de Apoio Integrado a Idosos

PILAR - Programa Idoso em Lar

SRPDI - Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos

SPSC - Sistema de Proteção Social de Cidadania

SVI - Sistema de Verificação de Incapacidades

SS – Segurança Social

UE – União Europeia



## INTRODUÇÃO

Tendo em conta as alterações demográficas provocadas pelo envelhecimento em toda a Europa, a que Portugal não fica alheio, e que se caracterizam por, além da população idosa atingir idades mais elevadas, esta é cada vez maior em número. Deparamo-nos assim, com as mudanças sociais na estrutura da sociedade, o aumento considerável do número de idosos por oposição à diminuição do número de crianças, o que contribui para uma sobreposição do número de idosos.

Outro indicador importante, relacionado com as novas formas de vida das sociedades contemporâneas diz respeito às transformações na estrutura e relações familiares, que decorrem das alterações da composição do agregado familiar tradicional (famílias nucleares) e no relacionamento entre os elementos que o compõem. Alterou-se a disponibilidade para cuidar dos idosos, não existe implícito na família de hoje o princípio da retribuição, que tinha subjacente a ideia de que “tu cuidaste de mim, quando fores velho vou cuidar de ti”.

Com as novas exigências sociais proporcionam-se as condições para que se considere o processo de envelhecimento e a velhice uma situação problemática a precisar de apoio social. O reconhecimento da necessidade de intervir com políticas sociais orientadas para o desenvolvimento e otimização de respostas, levou ao surgimento de equipamentos do tipo Lar de Idosos.

A pertinência social dos aspetos referidos justifica a necessidade de desenvolver estudos de carácter científico, como a presente pesquisa. Sabendo que a institucionalização dos idosos não é a mais favorável e que os Lares de Idosos ainda continuam a ser conotados como campos “de concentração para velhos, um lugar onde as pessoas despejam os pais ou familiares como se fosse um balde para cinzas” (Sarton, 1993), e sobretudo, porque “os Lares não têm boa fama em parte nenhuma e, às vezes é as verdades. Não é só na família que os idosos podem ser mal tratados, nos Lares também podem ser mal tratados, porque lhes falta aquilo que é a dignidade humana, a um Ser que já trabalhou muito. E quando se sai da nossa solidão à procura de um amparo moral, de companhia” (caso 11), pode chegar-se à conclusão que não é possível.

De acordo com Quintela (2001), deve-se confrontar o papel que representam os Lares de Terceira Idade no momento atual pois estes evidenciam dificuldades em satisfazer uma população à partida, que se apresenta muitas vezes, contrariada por lá estar.

Face ao exposto, o problema da nossa investigação é identificar e compreender as implicações da institucionalização em Lar e refletirmos sobre estas, através da auscultação (entrevista) áqueles que estão a vivenciar um processo de institucionalização. O outro objetivo é procurar que se alterem as formas de agir e de pensar, e que no futuro, se possa considerar e optar por esta via, como uma forma de vida e não como a única e última alternativa de vida.

Por outro lado, “a população idosa não está só a sofrer alterações quantitativas, tendo em conta que a esperança de vida aumentou, mas também qualitativas, ou seja, as pessoas idosas das próximas décadas (e também atualmente) terão características diferentes dos idosos anteriores” (Sousa et al, 2004), serão pessoas mais esclarecidas e menos resignadas, o que exige por parte das instituições mais sensibilidade para a forma como desenvolvem a sua atuação. Neste sentido, pesquisas como a nossa ajudam a refletir nas lacunas existentes e em possíveis soluções, que tenham em vista a satisfação dos residentes.

Devemos preparar o futuro, para quando se chegar à velhice não seja colocado em causa o direito à dignidade das pessoas (com utilidade social, económica, política, cultural e afetiva) e que não o de serem pessoas pelo facto de terem envelhecido e estarem numa instituição. O respeito que nós todos devemos aos idosos é a garantia do respeito que outros terão por nós, quando chegarmos a velhos.

Porque é uma questão de direitos humanos e de consciência cívica, comecemos hoje a preparar uma sociedade que no futuro seja aberta a todas as idades, para que os princípios promulgados pelas Nações Unidas: independência, participação, cuidados de saúde, realização pessoal e dignidade, deixem de ser uma utopia.

Com o intuito de tornar lógica a sequência do trabalho, optámos por estruturá-lo com base em três partes. A primeira, diz respeito à fundamentação do problema do estudo, através da identificação dos temas mais relevantes para o seu equacionamento. A segunda parte, apresenta e justifica as opções metodológicas, nomeadamente os aspetos referentes ao tipo de estudo, colheita e tratamento de dados. Na terceira parte, procedemos à apresentação e análise dos dados, seguindo-se uma síntese das principais conclusões da pesquisa.

Assim, a primeira parte é constituída por cinco capítulos, designadamente: Capítulo 1 - Envelhecimento e velhice: definições; Capítulo 2 – Envelhecimento demográfico: contornos e desafios de um fenómeno social importante; Capítulo 3 - Medidas direcionadas para a velhice; Capítulo 4 - Lares para pessoas idosas e Capítulo 5 - O processo de institucionalização das pessoas idosas. A segunda parte - Procedimentos Metodológicos- contempla apenas dois capítulos: Capítulo 6 - Definição da pesquisa e Capítulo 7 - Perfil dos Idosos

Institucionalizados. A terceira e última parte é adstrita à análise empírica dos dados, que se traduz no capítulo 8.

De uma forma sumária, no nosso estudo procurámos compreender o processo de decisão, ou seja, quais as implicações do processo de internamento em Lar, mais valorizadas pelos idosos, tendo em consideração o processo de decisão.



## **Parte 1 – Contextualização teórica**

### **Capítulo 1 – Envelhecimento e velhice: definições**

#### **1.1 – Definição de envelhecimento**

“O século XX foi palco de um facto sem paralelo na história do homem, o singular crêscimo da esperança média de vida a nível mundial. Este fenómeno não se circunscreveu geograficamente, registando-se tanto nos países desenvolvidos como naqueles em vias de desenvolvimento” (Sousa et al, 2004). A ampliação exponencial da esperança de vida conduziu a um aumento do número de idosos o que propugnou o envelhecimento humano. Em termos genéricos ”o envelhecimento é entendido como um processo individual resultante das alterações biológicas, psicológicas e sociais provocadas pela idade” (Rosa, 1993).

Uma criança ou um adolescente à medida que o tempo passa acrescenta mais idade, no entanto, não envelhecem no sentido biológico. Por outras palavras, durante a infância e a adolescência, fases de crescimento e desenvolvimento, não ocorre qualquer declínio no vigor do indivíduo, essa perda só ocorre quando se atinge a maturidade na vida adulta. O envelhecimento é nesta perspetiva a contrapartida do desenvolvimento.

Parafraseando Levet-Gautrat ( 1985) “o envelhecimento é um processo natural universal e necessário. O homem envelhece como os outros animais e não se pode ignorar as leis da natureza”. Na perspetiva de Ermida (1999) “envelhecer é uma característica por enquanto inevitável das formas de vida mais elevadas. Há para todas as espécies, uma duração máxima de vida própria de cada uma delas. Qualquer que seja esse limite ele é sempre precedido de um período de envelhecimento, de evolução desigual e de duração variável com cada espécie”.

Ainda segundo o mesmo autor poder-se-á dizer que o envelhecimento é “um processo de diminuição orgânica e funcional; não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Isto significa que o envelhecimento não é uma doença embora possa ser agravado ou acelerado por esta” (Ibidem).

Nesta linha de pensamento, todo o processo de envelhecimento é normal, inevitável e irreversível, tendo o seu início no momento da “conceção” e prossegue pela vida fora. Não é considerado uma doença, mas sim um processo universal, que difere de pessoa para pessoa, sendo comum a todos os seres vivos. Sendo o Homem um Ser Biopsicosocial, (Zimmerman,

2000) refere que o envelhecimento deve ser analisado de acordo com três componentes: o processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade física crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; o envelhecimento social que se prende com os papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário e por último o envelhecimento psicológico que traduz a autorregulação do indivíduo, ou seja, a adaptação (em termos de decisões e opções) ao processo de envelhecimento.

O resultado do processo de envelhecimento é óbvio, no entanto o mecanismo ainda é desconhecido. Considera-se que “o envelhecimento é sobretudo um processo biológico multifatorial e embora existam várias teorias que tentam perceber, explicar e predizer os ajustamentos bem sucedidos do idoso, bem como identificar os fatores que contribuem para um aumento da longevidade, nenhuma foi universalmente aceite” (Bolander, citado in Sorensen & Luckumann, 1998). É assim considerado um processo complexo, uma vez que o seu funcionamento não se conhece ao pormenor.

Não obstante, a forma como envelhecemos não depende apenas do processo genético e biológico, mas também é consequência dos fatores nutricionais, psicológicos, sócio-económicos, comportamentais e ambientais. Acresce referir que não é igual envelhecer no masculino e no feminino, sozinho ou no meio familiar, casado ou solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, em profissões que exigem esforço físico e profissões que exigem esforço intelectual, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo.

Neste sentido, embora o envelhecimento seja universal e irreversível, nem todas as pessoas o vivenciam da mesma forma, embora os fatores genéticos e biológicos tenham um peso considerável, este fenómeno é fortemente influenciado pelo meio ambiente, social e cultural e a forma como cada um vive a sua vida (beber e fumar encurtam a vida; exercício físico e uma alimentação equilibrada favorecem a longevidade).

Brunner e Suddarth (2012) fazem a distinção entre envelhecimento primário e envelhecimento patológico. O primeiro, caracteriza-se por ser um envelhecimento fisiológico normal, ou seja, em que as progressivas alterações decorrem do processo normal de envelhecimento sem patologias, distinto do envelhecimento acelerado ou abreviado por doenças e que resulta de influências exógenas à pessoa, isto é, o envelhecimento patológico.

Envelhecer significa ficar com mais idade e ao longo da vida a sociedade atribui-nos muitas idades: idade para andar, idade para ir para a escola, idade para tirar a carta de condução, idade da reforma. A estes momentos está associada uma idade cronológica que corresponde à idade oficial mencionada no bilhete de identidade. Paúl (1991) considera mais

três tipos de idades: a idade biológica, medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de autorregulação; a idade social que se refere aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento e por último a idade psicológica, que se refere às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio. Esta é influenciada por fatores biológicos e sociais, mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades/competências, os sentimentos, as motivações e as emoções, para exercer controlo comportamental ou autorregulação.

A idade funcional abordada por Brunner e Suddarth (2012), estabelece a relação com a saúde, independência física, funcionalidade social e psicológica, que interligadas determinam a idade funcional. De todos os aspetos explorados podemos afirmar que as características mais importantes do envelhecimento são a sua individualidade e diversidade. Nas palavras de Pimentel (2002) “a definição de uma categoria específica que inclua os indivíduos idosos resulta sempre de uma construção abstrata e normativa. A forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo depende mais das sociedades humanas do que da natureza. Consoante as épocas e as culturas, os modos de vida e os meios científicos, médicos e tecnológicos, assim varia o modo como envelhecemos”.

## **1.2 – Definição de velhice**

Contextualizando, envelhecer é um processo biológico e natural que abrange todos os seres vivos, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, que é vivida de forma variável consoante o contexto social da pessoa, mas que evoca um desenvolvimento contínuo, embora mais marcado na última fase da vida: a velhice. A velhice é diferente do envelhecimento, pois enquanto que este último começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade. Lima (2004) acrescentam que a velhice é percebida como “um conceito referente à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo da vida” e o envelhecimento como “um processo biológico, conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido”.

A velhice é considerada por Reis (1998) como uma fase da vida, em que se evidencia uma “diminuição gradual da capacidade fisiológica de cada órgão ou sistema, devido à atrofia progressiva dos tecidos”. Fernandes (2002) acrescenta que a velhice não se traduz apenas na

involução dos órgãos (menor capacidade orgânica) mas também numa menor capacidade psíquica, devido ao agravamento dos fenómenos escleróticos e atrofiadores do sistema regulador do organismo humano. A autora refere ainda que a definição de velhice não pode ser associada a doença ou incapacidade, uma vez que esta é antes a comprovação de que houve saúde para a poder atingir. Por sua vez, Bernardo (1994) refere que a velhice é considerada como a “última idade da vida, cujo início fixamos no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retratada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias”.

Por outras palavras, diremos que a velhice não é uma doença, constitui uma fase do desenvolvimento da vida, com as suas características próprias resultantes de fenómenos físicos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos, nutricionais, comportamentais, económicos, entre outros. Bolander (citado in Sorensen & Luckuman, 1998), defende que não é correto estabelecer uma classificação estanque da velhice, uma vez que as pessoas no final da vida adulta são mais heterogêneas do que em qualquer outro período da vida. No entanto, o mesmo autor com base na idade cronológica divide a velhice em três subgrupos o “idosojovem”, entre os 65/74 anos; o “idoso-médio”, entre os 75/84 anos; e “o idoso-velho”, acima dos 85 anos.

Relativamente ao termo Idoso é aplicado a nível estatal e institucional no ocidente aos maiores de 65 anos, no entanto, nos países orientais (China, Índia) a idade de referência para o idoso são os 60 anos, uma vez que a esperança média de vida é menor. Aparentemente o termo Idoso é mais correto na medida em que identifica a pessoa com o estado de velhice, fase em que se acumulam nos indivíduos as maiores desvantagens físicas, psicológicas e sociais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) nos seus documentos utiliza a expressão Terceira Idade, pois de acordo com esta, traduz melhor a ideia do último terço ou quarto da vida em que se verifica o declínio do organismo de forma mais intensificada. Já a União Europeia (UE) adotou o termo Sénior para designar a população com mais de 50 anos.

Hoje também se fala em Quarta Idade, para fazer referência às pessoas com 74 anos ou mais. Esta expressão surge porque até algumas décadas atrás uma pessoa na terceira idade já estava bastante limitada, no entanto, devido à melhoria das condições de vida e ao avanço da medicina, atualmente é possível a pessoa encontrar-se na terceira idade e estar ativo física e mentalmente. Neste sentido, surgiu a necessidade de criar um novo termo que fizesse alusão às pessoas já no limiar das suas capacidades, por este motivo a emergência do termo Quarta Idade ou Grandes Idosos.

Côncios que não se pode medir ou quantificar todas as pessoas que atingem a Terceira Idade como pertencentes a este grupo, com o argumento de que o envelhecimento é um fenómeno pessoal que varia bastante de pessoa para pessoa, não se acomodando a limites cronológicos, é difícil estabelecer a definição do que é uma pessoa idosa. De acordo com Philibert (citado por Pimentel 2002), “uma pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam. Segundo as condições de vida, de trabalho, de longevidade da população média de referência e os seus costumes, ela pode ter 30, 40 ou 85 anos. Uma pessoa idosa tem por isso uma experiência de vida e uma memória mais longa. É uma pessoa que sabe que o tempo que tem para viver é mais curto do que o que já viveu e do que a maioria das pessoas que o rodeiam têm para viver”.

A velhice, sendo considerada como o último estágio da vida que culmina com a morte, é temida por todos aqueles que ainda lá não chegaram, negada por outros que se recusam a reconhecer as suas mutações físicas e alterações sociais. Na maioria das vezes é percebida como um acontecimento de vida que provoca nas pessoas sentimentos de incerteza, dúvida sendo sinónimo muitas vezes de potencial incapacidade, sofrimento, solidão e morte.

## **Capítulo 2 - Envelhecimento demográfico: contornos e desafios de um fenómeno social importante**

### **2.1 - O Envelhecimento demográfico como um facto sem precedentes**

Se até há pouco tempo a atenção da opinião pública, do poder político e dos cientistas sociais estava concentrada em “questões relacionadas com a regulação dos nascimentos, da distribuição espacial da população, do fenómeno urbano e da nova cidadania, dos novos recursos renováveis e não renováveis” (Nazaret, 1998); atualmente, deparam-se com um novo fenómeno: o envelhecimento demográfico. Caracteriza-se pelo facto do “ritmo de crescimento das pessoas idosas estar a aumentar enquanto a população total tem tendência a estabilizar os seus ritmos de crescimento e até mesmo a diminuir” (ibidem).

Neste sentido, verifica-se um desequilíbrio entre as gerações, ou seja, as gerações mais novas em declínio e as mais velhas em aumento, sendo que a tendência para os próximos anos antevê uma não renovação das gerações. Fernandes (2001), realça que estamos perante uma “involução demográfica”, em que o sistema demográfico tradicional deu lugar a um sistema demográfico moderno, que tem por apanágio o agravamento do desequilíbrio intergeracional.

O fenómeno do envelhecimento demográfico surge da consequente transição demográfica ao longo da qual passamos de uma situação onde se equilibravam altas taxas de mortalidade e natalidade, para uma outra onde as mesmas apresentam fraca intensidade, sendo que na generalidade dos países europeus exhibe, hoje, um forte envelhecimento demográfico.

Neste sentido, a tendência que se assume é para a diminuição crescente do número de jovens e um aumento considerável do número de idosos, nomeadamente à escala mundial. Nas palavras de Jacques Dupâquier os sexagenários do ano 2050 já nasceram e serão muitos (citado in Fernandes, 2002).

## **2.2 - O envelhecimento demográfico: um problema pessoal e social**

O fenómeno demográfico e social do envelhecimento passou a ser um problema que preocupa investigadores sociais e governantes. Neste sentido, a velhice interessa-nos hoje sob dois pontos de vista: como um problema pessoal e como um problema social.

Enquanto problema pessoal, porque se sobrevivermos, envelhecer é uma característica inevitável e irreversível, com o qual surgem incapacidades físicas, mentais e até económicas, o que exige que nos preparemos antecipadamente para este novo ciclo de vida, caracterizado por mais perdas que ganhos. Zal (citado in Pimentel, 2002), salienta que as pessoas que “fizeram planos e desenvolveram outros interesses e hobbies, estes anos podem ter uma época de alegria e satisfação”.

No entanto, “com a chegada da reforma, o indivíduo passa a ter mais tempo livre o que exige uma reorganização do dia a dia e o assumir de novas funções e papéis, caso contrário acaba por cair na passividade, ficar desmotivado e sentir-se um inútil. Outro aspeto a considerar relacionado com a reforma prende-se com a diminuição de rendimentos, pois o montante das pensões não corresponde ao dos vencimentos proporcionados por uma atividade profissional, o que por vezes pode conduzir ou acentuar situações de pobreza “ (Pimentel, 2002).

Um outro aspeto com impacto a nível pessoal que Pimentel (2002) refere, está relacionado com o facto dos filhos, nesta fase da vida dos seus pais já terem adquirido completa autonomia. O que exige, à luz da autora, uma readaptação das relações sociais e pessoais, designadamente ao nível conjugal, pois “a saída dos filhos de casa, por um lado, e o abandono da atividade profissional por outro, traduzem-se num significativo aumento de tempo e partilha” (Ibiem).

Pelos motivos enunciados (entre outros: viuvez, surgimento de patologias crônicas, etc.), a adaptação social do idoso ao seu estatuto pode representar um momento de crise com consequências ao nível da saúde mental e física. “É importante para o idoso manter o seu equilíbrio emocional e psíquico, para o que terá de se manter ativo, ter objetivos e continuar a aprender e a crescer interiormente” (ibidem), aproveitando este período da vida para desenvolver novas potencialidades e antigos interesses, que durante a vida ativa não teve oportunidade de concretizar. A velhice surge como um problema social porque o envelhecimento populacional representa um acréscimo do número de beneficiários, o que exerce atualmente uma grande pressão nos sistemas da Segurança Social (SS). Os recursos do sistema de proteção social advêm da “conversão automática das contribuições dos indivíduos ativos em pensões, implicando que haja um equilíbrio entre as quotizações e as prestações” (Ibidem).

Porém, com o equilíbrio demográfico perdido, começa a tornar-se difícil manter o equilíbrio anual entre as quotizações (obtidas sobre o rendimento de trabalho) e as prestações (dirigidas aos reformados). Desta forma, o aumento das despesas sociais para financiar as pensões das pessoas idosas, implica um esforço contributivo acrescido sobre a parcela da população economicamente ativa, quer por via indireta, através de impostos, quer diretamente através de descontos patronais e salariais. Por outro lado, deparamo-nos inevitavelmente com uma constante redução dos benefícios, tanto para as gerações mais jovens como para as mais velhas. Rosa (1993) afirma que, “tal situação, porque desfavorável a uma ou ambas as idades contrastantes favorece a emergência de luta de interesses, não de classes como no passado, mas entre gerações”.

Pimentel (2002) acrescenta que associado ao conflito de gerações (com base na ideia que existe uma desigual distribuição da despesa pública entre velhos e novos), existe uma crescente preocupação com a evolução dos sistemas da SS, prevendo-se a possibilidade das pessoas que hoje descontam não virem a auferir dos benefícios correspondentes às suas prestações.

O facto de se ter assistido ao aumento da esperança de vida, não significa que as pessoas mantenham a sua qualidade de vida, o que se verifica é que mais anos de vida correspondem (na maior parte dos casos) à perda de autonomia e independência. Deste ponto de vista Pimentel (2002) salienta que “o aumento do número de idosos dependentes, leva a uma pressão sobre os sistemas formais e informais, sendo necessário criar respostas adequadas”.

Outro fator com expressão na vida dos idosos e com reflexos sociais, prende-se com o facto do declínio da fecundidade e consequentemente da natalidade, conduzir à diminuição da

percentagem de jovens o que se reflete na organização familiar. Por outras palavras, a rede de parentesco torna-se “menos extensa com menos possibilidade de partilhar os encargos que estão normalmente associados à coabitação com o idoso” (ibidem).

A alteração das relações familiares e sociais é outro aspeto importante com consequências a nível social. A autora afirma que “as relações de comunidade e de vizinhança tendem a perder importância nos nossos dias” (Ibidem). Embora esta alteração seja mais evidente nas zonas urbanas também é extensível aos contextos rurais, devido essencialmente às novas formas de vida em sociedade (são poucos os jovens que se dedicam à agricultura, trabalhando ambos os elementos do casal fora de casa). Verifica-se cada vez menos contato com a comunidade envolvente, a interação fora do núcleo familiar reduziu-se, assiste-se à privatização da vida familiar.

“ Além dos aspetos mencionados também é importante salientar as preocupações com o conservadorismo, a falta de vitalidade e dinamismo, características das sociedades envelhecidas e que se consubstanciam num entrave, ao desenvolvimento e crescimento de uma sociedade” (Fernandes, 2002).

### **2. 3 - Estatuto social e familiar da pessoa idosa**

Se recuarmos no tempo, o papel social do idoso tem vindo a sofrer várias transformações. As alterações demográficas, a evolução da sociedade e a alteração das formas de vida em família têm influenciado o lugar e o papel que as pessoas idosas ocupam na sociedade.

Gil (citado in Mah 1999) refere que “o envelhecimento e a velhice têm sido alvo de mutações sociais representativas ao longo dos tempos, desde a imagem de uma forte sabedoria (nas sociedades tradicionais, quando ser-se velho era acontecimento raro) a uma velhice dependente e isolada (financeiramente e culturalmente) a uma velhice reformada ou pensionada, com a universalização dos sistemas de reforma da segurança social” .

É do conhecimento comum, que o estatuto social das pessoas está incondicionalmente relacionado com a sua vida ativa. Nesta ordem de ideias, sabendo-se que no contexto nacional os 65 anos de idade estão associados à reforma por velhice, conclui-se que é a idade cronológica que determina socialmente a passagem da condição adulta à de idoso e que está na origem da rutura do ciclo de vida individual, ou seja, a transição da fase da vida ativa (com atividade económica), para a fase inativa (aposentação ou reforma). O indivíduo passa assim de uma “forma compulsiva (isto é, independentemente da sua vontade) e arbitrária, a

pertencer ao grupo dos inativos em função da idade e a ser alvo de uma proteção social” como “contrapartida do estatuto de ativo, representando enquanto tal, um subcapital humano porque «obsoleto» em termos económicos e dependentes financeiramente da sociedade” (Rosa, 1996).

Ao ser decretado o estado de velhice, o estatuto social da pessoa é fortemente influenciado ao transitar do estatuto de ativo para o de reformado, deixa de ser reconhecida à pessoa qualquer utilidade social, considerando-a incapaz de exercer qualquer atividade profissional. O facto de beneficiarem de um repouso remunerado conduz a que a população ativa considere as pessoas idosas “um peso”, pois as prestações dos idosos advêm das suas contribuições.

Face ao exposto podemos concluir que o envelhecimento demográfico contribui hoje, para a desvalorização do papel social dos idosos, ao serem percecionados como um peso para a sociedade.

Quando fazemos uma análise ao estatuto social e familiar dos idosos nas sociedades pré-industriais, deparamo-nos com perspectivas divergentes. Se por um lado, existem autores que apresentam uma perspectiva positiva do papel que os velhos ocupavam na família e na sociedade, por outro, existem autores que procuram desmistificar essa imagem idealizada do passado, afirmando que nas sociedades antigas, também existiam pessoas idosas abandonadas e na solidão.

No início da humanidade quando já havia organização social, os velhos (ainda que em número reduzido na época devido à baixa duração média de vida) eram abandonados sempre que a debilidade física constituísse um entrave para a mobilidade da tribo, com a progressiva introdução e dedicação das tribos à agricultura, e conseqüente sedentarismo, os indivíduos mais velhos passaram a ser percecionados como pessoas a quem se devia alguma estima, consideração e admiração, por parte dos outros membros.

Na propriedade da família onde se trabalhava em adulto, era em velho que se acabavam os dias. Ao idoso era reconhecido um lugar de estima pela sua sabedoria, adquirida pela experiência da vida. Sabedoria que era considerada válida e útil sendo transmitida de geração em geração.

Com a Revolução Industrial verifica-se um aumento do número das famílias nucleares em detrimento das famílias alargadas. O que significa que passam a coabitar no mesmo espaço apenas uma ou duas gerações, o que vem comprometer o prestígio anteriormente atribuído aos mais velhos. Na ótica de Fernandes (2001), a industrialização contribuiu para

segmentar a família isolando-a da sua “rede de parentesco e reduzindo as dimensões do grupo doméstico a um lar conjugal com um pequeno número de filhos”.

Cresce o individualismo, valoriza-se a privacidade e diminuem as solidariedades comunitárias. Inclusive a própria mobilidade social, condição e causa do desenvolvimento económico, leva à rutura dos laços de parentesco.

Concluimos que ao longo dos últimos anos as alterações no seio da família têm sido várias, como consequência das novas formas de vida em sociedade. O papel social do idoso torna-se quase insignificante, na medida em que a experiência de vida, os valores, as crenças que anteriormente eram valorizadas e transmitidas pelos mais velhos às gerações mais jovens, deixaram de fazer sentido, pois essa experiência torna-se irrelevante, perante a velocidade das transformações da vida em sociedade. O idoso deixa assim de ser percebido como o grande transmissor da tradição e o respeito por este torna-se menos profundo, a experiência é ultrapassada em conhecimento pelos mais novos.

Cabrilho e Cachafeiro (1992), defendem que “ noutros tempos a sociedade era mais generosa do que nos nossos dias ”. Estes autores referem que a velhice nas sociedades pré-industrializadas era respeitada e era-lhe reservado um lugar na sociedade depois de uma vida de trabalho. A prestação de cuidados às pessoas idosas dependia (em parte) da transmissão de todo o património de pais para filhos, caso não se verificasse, muitos não se sentiam no dever de apoiarem os seus pais na velhice. Pode-se então afirmar que a velhice assistida, era percebida como uma obrigação e dever por parte dos que herdavam o património.

O autor acrescenta que, tal como nos nossos dias também se verificavam pessoas idosas em situações de isolamento e solidão, que não tinham qualquer relação com os filhos e familiares ou simplesmente porque não tinham família. O mesmo refere que a situação de coabitação intergeracional não se generalizava a todas as famílias, existindo já no século XVII muitos casos de famílias nucleares e à semelhança do que acontece hoje, também nas sociedades pré-industrializadas a velhice era decretada.

Nas palavras de Zimerman (2000) “quando olhamos para um velho e um jovem devemos enxergar as inúmeras diferenças existentes no mundo de antes do velho e no mundo de agora do jovem. Assim, associado à vida familiar do jovem nas gerações passadas: famílias numerosas; todos a morarem juntos; mulher em casa; casas grandes; poucas mudanças; transformações lentas; crianças e idosos em casa; todos a conversarem nas calçadas; sexo reprimido; liberdade vigiada. Por outro lado, à vida familiar do jovem nas gerações de hoje: família nuclear; cada um no seu canto; mulher a trabalhar fora; moradias pequenas; muitas

mudanças; alterações rápidas; crianças em creches e idosos em Lar; casas gradeadas; sexo liberado; liberalismo”.

A ordem dos valores morais, sociais e políticos alterou-se e pode estar na origem de alguns conflitos entre gerações. Jovens e velhos não partilham dos mesmos valores e ideologias de vida, o que origina conflitos e que são incrementados pela pressão que o envelhecimento populacional causa nos sistemas da SS (como já tivemos oportunidade de constatar).

Em suma, a vida social sofreu alterações, a sociedade evoluiu o que se refletiu na transformação das mentalidades e da própria vida das pessoas o que propugna alterações no modo de vida familiar. Uma das principais ilações face ao exposto traduz-se na ideia de que em qualquer época se verificam situações de pessoas idosas que continuam a manter uma vida social ativa, e de idosos completamente isolados e na solidão, assim como existem exemplos, em todas as épocas, de famílias que cuidam e apoiam e de famílias que negam ajuda e abandonam.

#### **2.4 – Alterações na estrutura da família**

Na maior parte dos casos, quando se começa a fazer sentir qualquer vulnerabilidade associada à velhice, a família é a primeira interventora no que se refere ao apoio. Todavia, na atualidade, várias são as alterações no seio da família como consequência das novas formas de vida em sociedade e o apoio essencial por parte dos familiares para com os seus idosos, nem sempre é possível, uma vez que também se alterou a disponibilidade para cuidar. Pimentel (2002) refere que a família “debate-se com um processo contínuo de mudança e hoje, organiza-se com base em valores como a autonomia e o individualismo, valorizando a realização pessoal dos seus membros e o respeito pela privacidade”.

Foi essencialmente a partir da segunda metade da década de sessenta, do século XX que começaram a surgir indícios da ocorrência de transformações significativas no domínio da família. Uma das principais alterações prende-se com a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho e conseqüente participação (em força) na vida pública. A razão para este fenómeno está essencialmente relacionada com o fator educacional, ou seja, nas últimas décadas Portugal tem assistido a uma escolarização feminina sem precedentes, o que tem conduzido a uma relevante elevação das expectativas profissionais deste grupo social. Pimentel (2002) acrescenta que “a alteração da condição feminina associada ao aumento do nível de escolaridade e da formação profissional da mulher, a sua crescente inserção no

mundo laboral e, conseqüentemente a valorização do seu estatuto social implicam uma menor disponibilidade para as atividades relacionadas com o espaço doméstico e legitimam o questionamento dos papéis que tradicionalmente lhe são atribuídos”.

O papel de cuidar está de acordo com a tradição social e familiar, associado às mulheres (filhas, noras, sobrinhas e vizinhas), no entanto, ao enveredar pela senda da vida pública, o papel que era tradicionalmente atribuído à população feminina, na prestação de cuidados aos mais velhos alterou-se, embora o processo de cuidar ainda seja percebido como de elevada importância na família, “o mesmo não se verifica no mercado de trabalho formal: há que ponderar as repercussões financeiras no agregado familiar da decisão de ser ou não cuidador” (Sousa et al, 2004).

A emancipação da mulher também teve implicações relevantes na organização e dinâmicas conjugais. Emergem novos padrões de conjugalidade, em que se verifica o aumento de famílias monoparentais, famílias reconstruídas e generalização das uniões de facto, casais homossexuais, já para não falar que a divorcialidade tem vindo a aumentar de uma forma surpreendente.

Por outro lado, a mudança social da condição feminina também contribuiu para que se alterassem os comportamentos face à natalidade e educação dos filhos. A fecundidade baixou para níveis insustentáveis, que não garantem a renovação de gerações, em prol de uma melhor educação dos filhos. “Outro fator que tem vindo a condicionar o envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos elementos idosos, quando estes necessitam, prende-se com as alterações dos ritmos de vida, como a crescente mobilidade geográfica e social” (Pimentel, 2002).

O aumento da distância geográfica entre casa e o local de trabalho, facto que conduz a que a maioria dos adultos-ativos regressem para casa tarde, sem qualquer disposição para cuidar de outra pessoa (que passou o dia sozinha e necessita de atenção); bem como, as próprias condições habitacionais, concebidas apenas para os agregados nucleares (ausência de avós); não permitem a “coexistência de várias gerações no mesmo agregado doméstico” (Ibidem), a dificuldade de acesso a serviços de saúde em horário pós-laboral, ou ainda, o próprio desemprego que se tem vindo a evidenciar.

Num estudo realizado por Kane e Peurod (citado in Sousa et al, 2004),” o papel de cuidador tem aspetos positivos e negativos. Se por um lado, ao cuidar do seu familiar idoso o cuidador sente-se realizado por estar a cumprir um dever e sente prazer em ver a pessoa idosa bem cuidada, por outro ao prestar apoio, a vida do cuidador é atingida a vários níveis, nomeadamente a nível de saúde (o cuidador tem menos tempo para se dedicar aos seus

próprios problemas), ao nível dos tempos livres (menos tempo para se dedicar a atividades de lazer e aumento das preocupações constantes), ao nível da vida social (diminuição dos contactos e relações sociais), ao nível das relações familiares (pode ocorrer um desinvestimento no meio familiar, provocado pelo ambiente de stress e desgaste físico e psicológico).

Neste sentido, também assistimos à alteração da disponibilidade para cuidar. Os fatores enunciados são apenas alguns motivos que dificultam as condições de desenvolvimento das relações sociais e familiares que ao serem combinados têm vindo a influenciar (uns mais que outros) a reestruturação e reconfiguração das relações intergeracionais e a noção de solidariedade, uma vez que afeta não só as consciências individuais, mas também o modo como os indivíduos se relacionam na teia das relações familiares, desta forma tornou-se imperativo criar alternativas, que em conjunto com a família sirvam de suporte ao cidadão idoso.

De acordo com Lenoir (citado in Pimentel, 2002) “ antigamente, verificava-se um investimento dos pais para com os filhos, para que os mesmos tomassem conta deles quando chegassem à velhice”. Existia uma relação direta entre as pessoas idosas e as pessoas que lhe prestavam cuidados.

Hoje, são pessoas anónimas (na figura de agentes especializados ou instituições), que assumem o tratamento da velhice. Nos dias que correm assiste-se a uma transferência das obrigações e responsabilidades das gerações mais novas, por meio de financiamento, para instituições especializadas no apoio às pessoas idosas.

Assiste-se ao emergir de uma nova forma de gestão da velhice, pois os encargos que eram assumidos no passado pela família, são hoje transferidos para as instituições e para o Governo.

## **Capítulo 3 - Medidas direcionadas para a velhice**

### **3.1 - Génese e contornos**

De forma a fazer face ao problema social do acentuado envelhecimento demográfico, aliado às alterações na estrutura familiar e de solidariedade, têm sido mobilizados meios, esforços e atenções no sentido de se encontrarem soluções e implementarem medidas

orientadas, especificamente, para a velhice. A institucionalização de medidas direcionadas para os velhos passou a denominar-se de políticas de velhice, que se traduzem de acordo com Fernandes (1999), " no conjunto de intervenções públicas e/ou ações coletivas que têm como farol de atuação, estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade".

Desde os primórdios que se verifica o sentimento de solidariedade para com os mais desprotegidos. De acordo com Machado (1994), a história da assistência remonta aos tempos mais antigos e a sua gênese no nosso país é essencialmente cristã, com origens no Império Romano. Desde o século IV até ao século X, a assistência era exercida pela Igreja e consistia na atribuição de esmola, amparo e na construção de pequenos anexos junto das habitações comuns ou junto dos Mosteiros. Machado (1994) acrescenta que "os esforços tendentes a dar expressão organizada àquele dever de solidariedade remonta à fundação da nacionalidade, nos começos do século XII".

A nobreza e o clero geriam a caridade ao mesmo tempo que desenvolviam ações conducentes à realização de estruturas de apoio aos mais necessitados e enfermos. Foram construídos hospícios para os loucos; asilos para as crianças abandonadas, órfãs ou pobres; albergues para os viajantes; hospital para os doentes; reconhecimento para as viúvas e retiros para os leprosos.

Relativamente às pessoas idosas, era-lhes proporcionada assistência moral, social e em situações de doença. Estes idosos encontravam-se dispersos em hospitais, albergues e albergarias, no entanto, as instituições mais dirigidas para estes eram designados por Asilos para velhos, que estavam agregados a mosteiros, conventos e igrejas.

No entanto, devido à falta de coordenação e fiscalização destas instituições, no século XV assistiu-se à primeira grande reforma da assistência operada em Portugal que, segundo Maia (1993), se ficou a dever à Rainha D. Leonor. A partir deste século foi reformada a legislação de suporte à assistência abrindo-se caminho às Confrarias e Irmandades. Em simultâneo surgiu a Misericórdia de Lisboa que assumiu a liderança no processo de gestão dos problemas sociais. A população-alvo era todos aqueles que dependiam de ajudas externas para assegurarem a sua sobrevivência social e ainda todos os que enfrentavam uma situação de vida que os tornavam socialmente débeis.

A sua área de intervenção era ao nível da assistência na pobreza e abandono, bem como ao nível da saúde. A maioria do apoio hospitalar então prestado à população era, fundamentalmente, garantida pelos hospitais das Misericórdias.

Na época moderna surgem novos intervenientes na assistência às pessoas com mais necessidade de apoio, designadamente o próprio Estado e as Instituições de Solidariedade Social. Contudo, os percussores de enormes mudanças na sociedade foram os séculos XIX e XX, tendo sido alterada a forma e os conteúdos da assistência à população. Até ao século XIX a assistência social em Portugal foi mantida quase exclusivamente pelas ações das Irmandades e Misericórdias e a velhice não era considerada um problema social digno de reflexão e preocupação.

A velhice só começa a ser objeto de preocupação e discussão a partir do século XIX. Maia (1993) refere que nesse século assistiu-se às primeiras medidas que deram origem à assistência pública em Portugal. No entanto, estas medidas só adquiriram expressão alargada à população idosa, quando as mudanças devido à industrialização (que alterou profundamente a vida das pessoas, das famílias e, conseqüentemente, da sociedade), sobretudo devido às alterações demográficas que se fizeram sentir de uma forma mais relevante, tornaram premente uma nova postura das forças políticas. Assim, não só as famílias mas também o Estado necessitaram de ajustar as suas formas de apoio às mudanças sociais e demográficas, com vista a melhorar a condição social dos idosos.

O ano de 1834 também se constituiu como um marco importante na história da assistência social em Portugal. Nesse ano, surgiram os primeiros movimentos associativos que não só revelaram o desenvolvimento do espírito associativo (prevendo mesmo a prestação de auxílio mútuo), como também fizeram sentir a necessidade de desenvolver medidas de assistência social. No entanto, embora fizessem referência à velhice, a sua principal reivindicação centrava-se no assegurar de apoios em caso de doença e incapacidade temporária ou permanente de trabalhar (Fernandes, 1995). Nas palavras de Maia (1993) estas associações almejavam prestar apoio em diversas situações que iam “da doença à morte, passando pelo desemprego, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, a invalidez e a velhice”.

Embora as Associações de Socorros Mútuos, como ficaram conhecidas entre nós, tivessem tido uma expressão numérica bastante significativa, as medidas por elas levadas a cabo demonstraram-se insuficientes. Uma das principais razões para o insucesso das Associações prende-se com o fato do processo de industrialização (que ocorria já há algum tempo na Europa), se ter manifestado tardiamente e com algumas especificidades em Portugal. Outro dos motivos apontados por Maia (1993) traduziu-se na “acentuada falta de sensibilidade para as vantagens de uma atitude de previdência”.

As pessoas, perante as difíceis condições de vida e um generalizado baixo nível de salários, não viam necessidade de despendem de parte do seu salário para um benefício que não era certo se iriam usufruir. Fernandes (2002) sintetiza esta percepção com as seguintes palavras “a imprevisibilidade da vida e da morte e a distância que separa o tempo de cotização em relação ao seu benefício, não eram compatíveis com as condições objetivas de subsistência precária em que viviam os operários”.

Só no ano de 1886 é publicado um diploma que prevê a instituição de uma caixa de pensões para os operários fabris no sentido de assegurar “várias espécies de reformas, mediante o pagamento de quotas, variáveis com a idade dos interessados” (Maia, 1993). No entanto, dez anos após a data da aprovação do diploma é que ficaram criadas as condições para a instituição da Caixa de Aposentações dos Trabalhadores Assalariados (como resposta e alternativa à ineficácia das mutualidades) mas, nunca chegou a funcionar. Embora não existisse na prática nenhuma instituição de aposentação para os trabalhadores assalariados “até 1905 assistiu-se à criação de outras caixas de pensão de reforma «a cargo do Estado» ou a cargo de empresas privadas” (ibidem).

Face ao exposto, poder-se-á afirmar que relativamente à velhice, a segurança e a sobrevivência nesta fase da vida era gerida individualmente, pelos trabalhadores. O Estado fez algumas tentativas com o objetivo de incentivar a poupança voluntária para que quando necessitassem, tivessem algumas reservas. Porém, a velhice era percecionada como um dos riscos mais longínquos, contra o qual o operário menos sentia necessidade de se precaver. De forma a contornar esta postura, o Governo durante a I República, instituiu Seguros Sociais Obrigatórios (seguro obrigatório na invalidez, velhice e sobrevivência) direcionados aos “indivíduos de ambos os sexos que exerçam qualquer função de trabalho, em todos os ramos profissionais e que não auferissem rendimentos superiores a novecentos escudos” (Maia, 1993).

Mais uma vez esta medida, que pretendia ser de carácter obrigatório, não atingiu a dimensão desejada, pois a prioridade dos trabalhadores não era o seu futuro mas o seu presente (que se pautava por condições absolutamente miseráveis).

De salientar que o Estado, ao longo do processo de institucionalização de uma Assistência Social Pública, foi assumindo um papel diversificado, sendo notória a distinção entre as funções de assistência e providência.

No que diz respeito à assistência, o Estado intervinha de forma esporádica nalguns casos. Com a previdência, este não desempenhava qualquer papel interventivo (Fernandes, 2002). Porém, a Constituição de 1933 contribuiu para alterar a posição do Estado ao nível da

previdência ao incumbi-lo de “impulsionar e dirigir todas as atividades sociais nos diferentes domínios, limitando contudo a atividade do Estado à promoção de instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidades” (Maia, 1993). O que significa que o Estado assume apenas o papel de legislador, não contrariando qualquer responsabilidade social ao nível da previdência social.

Outro marco importante que acresce referir diz respeito à Lei da Previdência (Lei 1884) publicada em 1935, considerada como o suporte jurídico do 1º sistema de previdência social realizado no nosso país. O Estado formaliza em quatro categorias, os diversos tipos de instituições considerando que os trabalhadores deveriam ser os principais impulsionadores da organização destas instituições de previdência social. A primeira categoria consubstância-se nas instituições de previdência dos organismos corporativos; a segunda, nas caixas de reforma ou previdência; a terceira, às associações de socorros mútuos e, finalmente a quarta, às instituições de previdência dos serviços do Estado e os corpos administrativos.

De salientar que as Casas do Povo e as Casas dos Pescadores possuíam um estatuto diferenciado na medida em que abarcavam na mesma instituição trabalhadores e patrões (Maia, 1993).

De acordo com Fernandes (2002) este período ficou marcado pela incrementação e desenvolvimento de organizações de Previdência Social, principalmente as caixas de reforma ou previdência, que desempenhavam um papel fundamental em caso de doença, invalidez e velhice.

Todavia, as mudanças que ocorreram ao nível da previdência social não favoreceram muito a população envelhecida. Embora se tenha verificado um significativo aumento do número de beneficiários de pensões de velhice, o mesmo não ocorreu com o valor destas, o que revela a pouca importância dada às situações de velhice.

O atraso económico e social de Portugal, comparativamente com outros países europeus, influenciou o ritmo lento da evolução das políticas sociais até aos anos 60. Até ao final desta década, os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica, só no ano de 1969 é que esta matéria foi discutida pela primeira vez em Assembleia Nacional. Em 1971, década em que se começaram a revelar os primeiros sinais de envelhecimento da população, é criado o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos (SRPDI), no âmbito do Instituto da Família e Ação Social inserida na Direção Geral de Assistência Social (que veio substituir o Instituto de Assistência a Inválidos). Esta mudança leva assim à criação de um departamento direcionado, exclusivamente, para o estudo e procura de soluções para os problemas da população idosa.

No entanto, “a Ordem Social relativamente alcançada inicialmente estava difícil de sustentar. As baixas pensões e o alcance reduzido destas em relação ao efetivo dos trabalhadores, torna difícil a construção de uma política social sólida” (Maia, 1993).

Sob a governação de Marcelo Caetano assistiu-se ao aumento dos valores das reformas e à alteração da idade da reforma das mulheres trabalhadoras para 62 anos, assim como para os homens que desempenhavam profissões mais desgastantes e um alargamento dos benefícios a todos os beneficiários da Providência (Fernandes, 2002). No entanto, só em 1974 com a revolução do 25 de abril é que se assistiu à reforma dos sistemas de previdência.

O 1º Governo provisório propõe um conjunto de medidas, que tinham como objetivo a substituição gradual dos sistemas de previdência e de assistência, por um sistema coerente de Segurança Social.

Com a revisão constitucional, o Estado estabelece que “todos têm direito à segurança social (artigo 63, n.º1, Constituição da República Portuguesa) e que a ele incumbe “organizar, coordenar e subsidiar um sistema de Segurança Social unificado e descentralizado, de acordo com a participação das associações das classes trabalhadoras” (ibidem). Prevê também a existência de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, considerando que estas teriam de cumprir os regulamentos e que ao Estado competia fiscalizá-las.

“ A Constituição de 1976 enuncia pela primeira vez os direitos dos idosos no seu artigo 72º as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” (Maia 1993).

A fim de concretizar este objetivo o Estado propõe uma política bastante abrangente: “a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidade de realização pessoal, através de uma participação na vida ativa” (Ibidem). Contrariando a política defendida até esta data, o Estado passa a desempenhar um papel mais interventivo nas situações de carência.

A implementação das medidas reformistas foi lenta, no ano de 1974 surgiu uma medida com o objetivo de atribuir uma Pensão Social a todos aqueles que completassem os 65 anos ou fossem inválidos e beneficiassem de um qualquer sistema de previdência. Passados três anos esta pensão passa a” ser atribuída a todos os indivíduos idosos ou inválidos que nunca tivessem sido abrangidos por um sistema de previdência social, por não exercerem nenhuma atividade remunerada”. (Fernandes, 2002).

Verifica-se uma tentativa de substituição de um sistema de assistência e de previdência por um sistema de SS. Pois, para além dos riscos habituais, o Estado pretende alargar a ação a objetivos mais amplos de humanização ao nível da justa repartição dos rendimentos. Neste sentido, "a universalização do direito à reforma seria uma forma de redistribuição do rendimento nacional com vista a uma entreatajuda generalizada". (ibidem).

Não obstante, apenas com o II Governo Provisório é que a política de velhice adquire autonomia e o idoso passa a ser tratado autonomamente e não em associação com os inválidos ou deficientes. Uma das medidas adotadas por este Governo, consistiu no aumento das pensões e na atribuição do 13º mês. O mesmo difundiu também a criação de unidades residenciais dos idosos que não possuíam família e a remodelação dos asilos de 3ª idade.

Na revisão constitucional de 1982, o Estado considera necessário a elaboração de uma política para a Terceira Idade e no ano de 1983 são definidos os estatutos das IPSS que permitiram estabelecer os acordos de prestação de serviços entre estas instituições e o Estado, no âmbito da ação social, famílias, minorias étnicas mas sobretudo, nos idosos. Acresce referir que o decreto foi posteriormente alterado de forma a adaptar-se ao contexto político-social.

Em 1988 foi criada uma Comissão Nacional para as Políticas da Terceira Idade que se caracterizava por ser um organismo multisetorial, pluridisciplinar com representação no Governo de forma a sensibilizá-lo para a questão do envelhecimento da população, o que significava que a este cabia definir e promover medidas direcionadas para a Terceira Idade.

Hoje as respostas sociais dirigidas para as pessoas idosas, são preconizadas pelas autarquias, IPSS, Organizações não-governamentais, associações com fins lucrativos e não lucrativos que são fiscalizadas pelo Estado e as reformas possuem um caráter mais complexo, na medida em que constituem como um direito social, do qual os trabalhadores não abdicam.

Ainda que as pensões sejam uma importante vertente da Política da SS, atualmente as preocupações do Estado centram-se noutras áreas de intervenção. Uma vez institucionalizadas as pensões, a reivindicação social desenvolveu-se ao nível de um aumento das mesmas. Por outro lado, os apoios financeiros revelam-se insuficientes mediante as alterações demográficas e a acentuada procura nos últimos anos.

### **3.2 - Respostas sociais direcionadas para os idosos**

Como podemos constatar, as transformações que ocorreram no quadro das políticas sociais incrementadas pelas alterações no tecido e contexto social, conduziram à criação de numerosas medidas direcionadas à população idosa.

Atualmente, os idosos podem usufruir de vários tipos de apoios financeiros e de um vasto leque de respostas sociais. Relativamente às medidas de carácter financeiro, estas designam-se por pensões e podem ser do regime contributivo ou do regime não contributivo, dependendo dos descontos efetuados para o IGFSS.

Caso pertença ao regime contributivo a pessoa idosa pode ter direito à pensão por velhice ou à pensão por invalidez. A pensão por velhice caracteriza-se por ser uma prestação pecuniária mensal, dirigida às pessoas com mais de 65 anos que tenham pago contribuições para o IGFSS durante pelo menos 15 anos.

O direito à pensão de velhice é reconhecido ao beneficiário que à data do requerimento, tenha completado 65 anos de idade. Se não tiver 65 anos de idade pode ter direito à pensão de velhice antecipada nas seguintes situações: desemprego involuntário de longa duração ou exercício de atividade em determinadas profissões ( regime especial de antecipação da idade de acesso à pensão por velhice) e cumprido o prazo de garantia exigido, prazo esse de 15 anos civis, no mínimo, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações ou então 144 meses com registo de remunerações - beneficiário abrangido pelo seguro social voluntário. (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

A Pensão por Invalidez, à semelhança da anterior também é um valor pago mensalmente, destinado a proteger o beneficiário nas situações de incapacidade permanente para o trabalho. O direito à pensão de invalidez é reconhecido ao beneficiário que tenha: incapacidade permanente, relativa ou absoluta para o trabalho, de causa não profissional, certificada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI) ou cumprido o respetivo prazo de garantia, que significa 5 anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações - invalidez relativa; 3 anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações - invalidez absoluta; 72 meses com registo de remunerações - regime do seguro social voluntário. (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

Relativamente às pessoas que pertencem ao regime não contributivo este “garante a proteção social na invalidez e velhice, através da concessão das seguintes prestações: pensão social de invalidez, pensão social de velhice, complemento por dependência, complemento extraordinário de solidariedade” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

A Pensão Social de Invalidez destina-se a cidadãos nacionais, residentes em Portugal e cidadãos estrangeiros, residentes em Portugal, abrangidos pelos regulamentos comunitários de Segurança Social (Estados-membros da UE, Islândia, Listenstaina, Noruega e Suíça), e pelos instrumentos internacionais de Segurança Social em vigor em Portugal (Cabo Verde, Canadá, Austrália e Brasil). É uma prestação em dinheiro atribuída, mensalmente, aos beneficiários em

situação de incapacidade permanente para toda e qualquer profissão. Têm direito os cidadãos que: tenham uma incapacidade permanente para toda e qualquer profissão, que não resulte de acidente de trabalho ou de doença profissional, confirmada pelo SVI; não se encontrem abrangidos por qualquer regime de proteção social obrigatório ou pelos transitórios dos rurais ou, estando-o, não satisfaçam os períodos de garantia definidos para acesso à pensão de invalidez; sendo pensionistas de invalidez ou de sobrevivência tenham direito a pensão de montante inferior ao da pensão social; tenham idade superior a 18 anos; tenham rendimentos mensais líquidos iguais ou inferiores a 167,69 € caso se trate de pessoa isolada, ou a 251,53 € tratando-se de casal (corresponde a 40% e 60%, respetivamente, do valor do indexante dos apoios sociais – condição de recursos.

Relativamente à pensão social por velhice, pauta-se pela mesma condição de recursos da prestação supra referida e destina-se a todas as pessoas com mais de 65 anos de idade que não se encontrem abrangidas pelo regime contributivo. O complemento por dependência traduz-se numa prestação monetária, atribuída a “pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência”. (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

Além das pensões sociais mencionadas correspondentes aos respetivos regimes, acresce referir que “a atribuição da pensão de viuvez está dependente de o requerente não ter direito a qualquer pensão por direito próprio e preencher a condição de recursos da pensão social - rendimentos mensais líquidos iguais ou inferiores a 167,69 €, corresponde a 40% do valor do indexante dos apoios sociais. (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

A pensão de sobrevivência traduz outro exemplo de prestação pecuniária atribuída aos familiares de beneficiário falecido, do regime geral do IGFSS que consiste numa prestação em dinheiro, atribuída mensalmente, que se destina a compensar os familiares do beneficiário da perda de rendimentos de trabalho resultante da morte deste.

A pensão de sobrevivência é atribuída, se o beneficiário falecido tiver preenchido o prazo de garantia de 36 meses com registo de remunerações, aos familiares abaixo indicados:

- I. Cônjuge - se não houver filhos do casamento, ainda que nascituros, o cônjuge sobrevivente só tem direito ao subsídio se tiver casado com o beneficiário há pelo menos 1 ano antes da data do seu falecimento, exceto nos casos em que a morte resulte de acidente ou de doença contraída ou manifestada depois do casamento.

- II. Ex-cônjuges - o cônjuge separado de pessoas e bens e o divorciado só têm direito à pensão se, à data da morte do beneficiário, dele recebessem pensão de alimentos, decretada ou homologada pelo tribunal, ou se esta não lhes tivesse sido atribuída por falta de capacidade económica do falecido, judicialmente reconhecida.
- III. Pessoa em união de facto - pessoa que à data do falecimento do beneficiário, vivia com este há mais de dois anos em condições análogas às dos cônjuges.
- IV. Descendentes, incluindo os nascituros e os adotados plenamente: até aos 18 anos; dos 18 aos 27 anos, desde que não exerçam atividade determinante de enquadramento em qualquer regime de proteção social de inscrição obrigatória, e satisfaçam as seguintes condições: dos 18 aos 25 anos, se matriculados em qualquer curso de nível secundário, complementar ou médio, e superior, ou a frequentar cursos de formação profissional, que não determinem enquadramento nos regimes de proteção social; até aos 27 anos, se estiverem a frequentar cursos de mestrado ou curso de pós-graduação, a preparar tese de licenciatura ou de doutoramento, ou a realizar estágio de fim de curso, desde que não auferam remuneração superior a dois terços do valor do indexante dos apoios sociais.
- V. Sem limite de idade, tratando-se de deficientes, desde que, nessa qualidade, sejam destinatários de prestações por encargos familiares.

Consideram-se descendentes os enteados em relação aos quais o beneficiário falecido estivesse obrigado a prestar alimentos.

Ascendentes se à data do falecimento do beneficiário estivessem a cargo do beneficiário falecido e não existirem cônjuge, ex-cônjuge e descendentes com direito à pensão.

Consideram-se a cargo do beneficiário desde que reunam as seguintes condições: vivam em comunhão de mesa e habitação com o beneficiário; não auferam rendimentos superiores à pensão social, ou ao dobro deste valor se forem casados.

As condições de atribuição são verificadas à data da morte do beneficiário, cônjuge, ex-cônjuge, pessoa que vivia, há mais de 2 anos, em situação idêntica à dos cônjuges ou descendentes) do falecido, caso este tenha “preenchido o prazo de garantia de 36 meses com registo de remunerações” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

Uma prestação criada em 2006 para os idosos, é o Complemento Solidário para Idosos (CSI), integrada no subsistema de solidariedade do Sistema de Proteção Social de Cidadania. Caracteriza-se por ser uma prestação monetária diferencial, ou seja, é um apoio financeiro

adicional aos recursos que os destinatários já têm. Destina-se aos cidadãos nacionais ou estrangeiros com idade igual ou superior a 65 anos, que provem possuir baixos rendimentos.

Além das respostas de natureza financeira, existem também programas disponíveis para as pessoas idosas. Um exemplo que importa referir pelo seu caráter inovador foi o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII). Este programa encontra-se atualmente suspenso “até à publicação de despacho que determine a reabertura do processo de candidatura” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20). Da responsabilidade dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, destinava-se a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, famílias, vizinhos, voluntários e profissionais e comunidade em geral. Caracterizou-se por um conjunto de medidas que tinham como objetivo “contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mantendo-as no seu domicílio ou no meio natural de vida” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

No ano de 2006 foi criado um programa de inserção social com a designação de Recriar o Futuro, esta medida social visa preparar as pessoas para a reforma, numa lógica preventiva e de inclusão, pautando-se por princípios como a aprendizagem, o desenvolvimento, promovendo desta forma o envelhecimento ativo como estratégia para as pessoas se adaptarem a esta nova etapa da vida.

É importante salientar o projeto “Apoio 65 – Idoso e Segurança” e ainda o Programa Idoso em Lar (PILAR), em que são concedidos ápios para a conceção, construção, adaptação e aquisição de infraestruturas e equipamentos para idosos, permitindo assim melhores condições de alojamento e conseqüentemente melhor qualidade de vida. Acresce referir o Programa de Unidade de Apoio Integrado a Idosos (PUAII) que pretendia apoiar ao longo de 24H as pessoas que necessitassem de cuidados multidisciplinares que não pudessem ser prestados no domicílio.

Importa ainda salientar que ao nível da saúde que as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade beneficiam de uma redução de 50% das taxas moderadoras ou mesmo da isenção total, caso afirmem rendimentos inferiores ao montante estipulado para o efeito. Por outro lado, beneficiam de bonificações no âmbito das telecomunicações e têm a possibilidade, caso sejam portadores do Cartão do Idoso a aceder a bens e serviços a um preço reduzido.

Outra medida importante prende-se com a garantia de impossibilidade de rescisão de contrato de arrendamento sempre que o arrendatário ou o cônjuge sobrevivente, tenha idade igual ou superior a 65 anos de idade. Podemos afirmar que a partir da década de 80 do século passado ao concretizar-se a cooperação com as IPSS verificou-se a estimulação e

remodelação dos serviços e equipamentos, que correspondessem às necessidades específicas das pessoas idosas.

Desde essa data a Ação Social tem vindo a criar e a incrementar respostas que se traduzem numa oferta alargada de serviços e equipamentos, nomeadamente passes para a terceira idade, serviço telé-alarme, universidades e academias da terceira idade, projeto saúde e termalismo, centro de férias e lazer, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, apoio domiciliário, acolhimento familiar para pessoas idosas, residências e Lares de idosos.

Os passes para terceira idade têm como propósito fomentar a mobilidade da pessoa idosa e desta forma incrementar a integração social e a participação na vida ativa. São válidos em toda a rede de Expressos Rodoviários Nacionais. O serviço telé-alarme é uma medida que surgiu no âmbito do PUAII e tem como objetivo permitir ao idoso que possa permanecer na sua residência com a possibilidade de contactar com aqueles que são mais próximos. Por outras palavras, o idoso define a sua rede informal de apoio a que deseja recorrer em caso de necessidade.

Depois de definida a rede informal do idoso, este perante uma situação de emergência aciona um pequeno aparelho, em forma de medalha que traz ao pescoço e a central encaminhará a sua chamada para os números de emergência definidos pelo idoso, por ordem de prioridades. No caso do idoso não se encontrar na sua residência, o sistema poderá ser acionado da mesma forma. Este sistema tem ainda a possibilidade de facilitar a realização de uma chamada telefónica normal. Para isso, basta que existam dez números predefinidos e para a realização da chamada é apenas necessário pressionar a tecla. Em caso de roubo ou necessidade de apoio médico, a própria central (que se encontra na cruz vermelha) poderá responder ao apelo ou ligar ao posto de polícia ou hospital mais próximo, conforme a situação e o problema.

As Universidades e/ou Academias de terceira idade procuram proporcionar alguns conhecimentos mas sobretudo, promover a ocupação dos tempos livres das pessoas idosas interessadas.

O Projeto Saúde e Termalismo, permite a comparticipação por parte do Estado, de despesas de alojamento a pessoas idosa, de rendimentos mensais iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional, a quem o médico tenha prescrito tratamentos termais. Ao implicar a deslocação temporária da residência habitual, permite conhecer novas realidades, proporcionar a troca de experiência e diminuir o isolamento social. Centro de férias e lazer, esta resposta social que se destina não só as pessoas idosas mas a “todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), a 2013/08/20), que

pretendam alienar-se da rotina por forma a restabelecer o equilíbrio físico, psicológico e social. Neste sentido, tem por objetivo a estadia temporária fora do quadro habitual de vida, em comunidades e espaços diferentes que promovam novas vivências humanas e sociais.

Centro de Convívio constitui uma resposta a nível local, com a finalidade de apoiar o desenvolvimento de um conjunto de atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pela população idosa da comunidade. Os seus principais objetivos são “prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e potenciar a inclusão; fomentar as relações interpessoais e intergeracionais” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), a 2013/08/20).

Centro de Dia, como o próprio nome indica, é uma resposta que os beneficiários irão usufruir apenas durante o dia em equipamento e assenta na prestação de um conjunto de serviços dirigidos às pessoas mais velhas da/na comunidade. O principal objetivo é desenvolver atividades que permitam a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar e desta forma contribuir para o retardamento ou evitar a institucionalização. Centro de Noite, embora se pautе pelos objetivos da resposta precedente, só permite acolher as pessoas idosas, com autonomia, durante a noite, de forma a assegurar o bem-estar e segurança da pessoa idosa.

“ O Apoio Domiciliário consiste na prestação de serviços (refeição, higiene diária do utente, limpeza da casa e se necessário da roupa) no domicílio do beneficiário (indivíduos e família), quando estes por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento que se considere plausível, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou realização das atividades da vida diária.” (In [www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20).

Esta medida ao apoiar os indivíduos e famílias almeja prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia e assim contribuir para o retardamento, ou mesmo evitar a institucionalização.

Acolhimento Familiar para Idosos, é um apoio prestado por famílias consideradas idóneas, que se disponibilizam para acolher temporária ou permanentemente ( pessoas idosas ou pessoas portadoras de deficiência a partir da idade adulta), que não tenham família direta/natural ou tendo-a não têm possibilidade de cuidar do seu familiar, com o objetivo de proporcionar um ambiente sócio-familiar e afetivo.

Residências, como o próprio nome indica, caracterizam-se por um conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum, para as pessoas idosas com autonomia total ou parcial e visa fomentar a relação interfamiliar.

Embora a atual política social desenvolva medidas de apoio que facilitem a permanência das pessoas idosas em casa, isto é, no seu meio sócio-familiar, a verdade é que as mesmas nem sempre são suficientemente abrangentes ou eficazes que permitam o retardar da institucionalização do idoso em Lar.

Um Lar de idosos é “um estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes” (Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro).

Para além do mencionado são objetivos específicos dos Lares para idosos:

- I. Proporcionar serviço permanente e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- II. Contribuir para a estabilização e/ou retardamento do processo de envelhecimento;
- III. Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;
- IV. potenciar a integração social.

“ A capacidade dos Lares não deve ser inferior a quatro pessoas e superior a cento e vinte, no caso dos estabelecimentos correspondentes a estruturas residenciais tendo em conta a adequação e organização das áreas funcionais “(Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de maio).

Estes estabelecimentos assumem diferentes estatutos jurídicos. Por outras palavras existem os Lares oficiais ( IPSS) e os Lares privados com fins lucrativos, em que a distinção reside no funcionamento e na natureza administrativa.

## **Capítulo 4 - Lares para pessoas idosas**

### **4.1 - Génese e evolução**

Ainda que a política social de apoio aos idosos procure desenvolver respostas que visem a permanência destes na sua residência e em contacto com o seu meio natural de vida, o que

se verifica é que as restantes medidas de apoio nem sempre são suficientemente eficazes e abrangentes para fazer face às exigências/ necessidades da pessoa idosa e da sua família.

É neste contexto que surgem os Lares como resposta social, que prosseguem a prestação de cuidados à pessoas idosa (e/ou dependentes) substituindo o papel que está tradicionalmente incumbido de realizar à família. “ Durante muito tempo as medidas de prestação aos idosos não se diferenciavam de um conjunto de medidas desenvolvidas no sentido de prestar apoio aos que eram considerados excluídos socialmente, mendigos, vândios, inválidos e velhos (entre outros) eram albergados em Asilos que os assistiam e lhes garantiam alimentos e dormida, mantendo-os afastados da sociedade” (Medeiros et al, 1990). Os Lares são hoje estruturas sociais, criadas especificamente para as pessoas idosas, vindo substituir os asilos.

As raízes históricas revelam que foi a igreja que se destacou como a grande impulsionadora dos cuidados aos mais velhos. De acordo com Maia (1993), apenas no ano de 1835, os governantes portugueses preocupados com a mendicidade, criaram o Conselho Geral de Beneficência. Este proponha aplicar “medidas eficazes, de modo que nem faltem os socorros de caridade aos mendigos, que por sua idade, ou moléstias estiveram impossibilitados de trabalhar, nem aos outros falte emprego em que hajam de exercitarem-se com proveito próprio e utilidade geral” (Ibidem).

Neste contexto foi criado o primeiro asilo de mendicidade em Lisboa (1836), com o objetivo de acolher todos os pedintes da cidade e de terras vizinhas. O segundo asilo surgiu dez anos mais tarde no Porto. “ O principal objetivo destas instituições era afastar e esconder um grupo de indivíduos (mendigos) que envergonhavam a sociedade e para tal garantiam-lhe a dormida, alimentação, vestuário e o apoio de um capelão e cirurgião. Dada a grande afluência de mendigos era concedida uma licença a alguns para mendigar, de forma a garantirem o seu próprio sustento”, (Lopes, 2013).

Acresce referir que sob a denominação de mendigo, eram incluídas crianças sem família ou abandonadas, inválidos e idosos. Neste sentido, os asilos funcionavam como casa de acolhimento para todos aqueles que não tinham família que os pudessem acolher mas também como casa de correção, para aqueles que a instituição considerasse necessária (Barenys, 1993).

Com o decorrer do tempo foram construídos locais especializados para os presos, órfãos, pessoas com perturbações mentais, sendo estes encaminhados para as respetivas instituições criadas para o efeito. Quanto às pessoas idosas permaneciam nestas instituições dada a inexistência, na época, de outras medidas de reintegração social, devido à desvalorização social e política que se dava à população idosa.

Durante muitas décadas, a velhice não foi considerada um problema digno de reflexão, pois eram poucos os indivíduos que atingiam a idade avançada. No entanto, as sociedades foram evoluindo, desenvolvendo e a Revolução Industrial (que no contexto nacional data do início do século XX), contribuiu para a alteração da imagem da população idosa. O aumento do número de pessoas de idade avançada aliado à primeira geração de operários começou a colocar problemas de equilíbrio e coesão social devido à situação de precariedade que os velhos operários (incapazes de produzirem e garantirem a sua subsistência) viviam. Por outro lado, nas sociedades industrializadas deixa de se assistir ao pacto moral entre as gerações que tinha implícito que os adultos investiam nos seus filhos na expectativa que estes os apoiassem quando envelhecessem ou necessitassem.

Face às alterações familiares, económicas, demográficas e sociais, o Estado assume um papel mais ativo e interventor, criando e apoiando a criação de vários serviços e equipamentos para a população carenciada e para as pessoas idosas em particular. O aumento destes equipamentos fez-se sentir de forma mais significativa, a partir de 1976, devido em parte à mudança do regime político no país.

Verifica-se uma forte alteração na postura do Estado relativamente à proteção aos mais desfavorecidos. Embora as políticas de apoio aos idosos visem a permanência do idoso o maior tempo possível nas suas residências, os Lares são hoje estruturas com maior procura.

#### **4.2 - O preconceito: uma herança do passado**

Hoje o modelo de desenvolvimento das organizações sociais para as pessoas idosas tem-se esforçado por desenvolver a construção de uma perspetiva complementar e partilhada por idosos, seus familiares e as instituições. As organizações estão mais recetivas à necessidade de guiarem a sua atuação com base nos princípios da dignidade, ou seja, preservação e fomento do auto-respeito, da valorização e da autonomia, isto é, ter em consideração as opiniões e decisões da pessoa idosa.

No entanto, nos nossos dias ainda permanece a conotação negativa de asilos e hospícios, estruturas outrora criadas para albergarem indigentes, mendigos, órfãos e velhos. Por outras palavras, a imagem negativa projetada relativamente aos asilos é algumas vezes transferida para os Lares, o que faz com que institucionalização em Lar seja normalmente para a família e para a pessoa idosa considerada a última alternativa, depois de esgotadas todas as outras. Embora o recurso a Lares seja mais frequente nos nossos dias, estes continuam a ser conotados de forma negativa.

Além de persistir a ideia que os Lares são organizações para pessoas abandonadas, Drulhe (1981), explica que o internamento provoca nas pessoas idosas o sentimento de abandono e de deslealdade por parte dos familiares. Sousa et al (2004), acrescenta que o recurso a Lares está embebido pelo estigma do abandono familiar, sendo comum comentar-se que um idoso foi para o lar em consequência de abandono por parte dos parentes .

Neste sentido, é frequente considerar que as pessoas idosas que vivem em família fazem parte da sociedade, enquanto as que estão institucionalizadas consideram-se excluídas, isto é, afastadas das relações familiares e sociais, devido à rutura com o quadro de vida que o internamento em Lar, na maior parte das vezes provoca.

Por outro lado, em termos sociais o recurso aos serviços de uma instituição (mesmo que seja um centro de dia, centro de convívio ou serviço de apoio domiciliário, mas de uma forma mais vincada aos Lares) rotula a pessoa idosa como socialmente incapaz de se auto gerir. “A institucionalização de idosos acarreta a sua rotulação com alguns estereótipos (doentes, pacientes, crianças, abandonados pela família (...)) que, no global, caracterizam o idoso como incapaz de cuidar de si e assumir responsabilidades” (ibidem).

Sousa et al (2004) refere ainda que o processo de institucionalização implica a saída (temporária ou permanente) de casa, o que também provoca na pessoa idosa sentimento de tristeza, porque para as pessoas idosas permanecer na própria casa significa salvaguardar a integridade pessoal, uma vez que esta é percecionada como a dimensão integral da independência.

O domicílio representa para a pessoa idosa “segurança objetiva contra a adversidade do meio ambiente e segurança subjetiva contra o medo”. É também local de privacidade, intimidade familiar e individual.

É por excelência um lugar de identidade, pois o espaço físico (decoreação) é o reflexo do gosto e da singularidade de cada um. Neste sentido, a residência habitual de anos constitui-se como um “depósito de lembranças, permitindo a continuidade entre passado e o presente” (ibidem).

Por outro lado, uma casa está sempre inserida num espaço comunitário, onde a pessoa idosa desenvolveu a sua vida, ou seja, estabeleceu rotinas e conhecimentos. Para além do que já foi supra referido o internamento em Lar representa a última etapa da trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno.

## **Capítulo 5 - O processo de institucionalização das pessoas idosas**

### **5.1 - Principais motivos que conduzem à institucionalização**

O estado de saúde, dependência física ou declínio cognitivo são fatores determinantes na opção de recorrer a um Lar, no entanto existem outros fatores associados que podem ter mais influência na decisão. Várias pesquisas têm confirmado que a dependência e os problemas de saúde não surgem como as principais causas para a institucionalização. O motivo mais referenciado é o isolamento. Por outras palavras, a causa que tem mais peso na decisão do internamento está relacionada com a ausência de uma rede de interações que promova ou facilite a integração/ inclusão social e familiar das pessoas idosas. Em suma, a institucionalização ocorre geralmente associada à incapacidade funcional, juntamente com ausência ou insuficiência de apoios sociais ou ainda, a saturação/exaustão por parte dos cuidadores informais.

Sousa et al, (2004) acrescenta que existem três momentos típicos em que se começa a ponderar a possibilidade da pessoa idosa ir para um Lar de idosos. O primeiro está associado à morte do cônjuge. O sobrevivente terá de se habituar a viver sozinho, sentindo algum incômodo com a ideia, normalmente pelo “medo que algo lhe aconteça e não esteja ninguém por perto para acudir”; o segundo, ocorre “após uma queda ou doença, os idosos identificam limitações em casa (tem muitas escadas, é muito fria ...)”, o último motivo está relacionado com a localização da casa que “fica isolada, longe dos filhos ou distante do centro de saúde e do hospital”.

### **5.2 – Principais agentes inerentes ao processo de institucionalização**

A decisão de internamento em Lar parte quase sempre dos familiares, no entanto, por vezes é o próprio idoso com o argumento de que não quer “atrapalhar” a vida da sua família que faz essa opção. No que diz respeito à participação da pessoa idosa na escolha de um Lar de idosos, de acordo com Reed et al (citado in Sousa et al, 2004), podem ocorrer quatro tipos de reação por parte da pessoa idosa: preferencial, estratégica, relutante e passiva.

Diz-se que a opção é preferencial quando a decisão de ir para o Lar de idosos é do próprio. Normalmente a decisão ocorre depois da morte do cônjuge ou quando a pessoa idosa tem alguma doença ou tem medo de cair ou ser assaltada, ou ainda quando não consegue

efetuar as atividades da vida diária, ou porque sente que será uma sobrecarga para os familiares. Nestas circunstâncias as pessoas idosas decidem por livre vontade ir para um Lar de idosos.

A estratégica traduz-se num planeamento prévio, isto é, um indivíduo adota a possibilidade de, na sua velhice ir para um Lar de idosos e então visita vários Lares no sentido de escolher o que mais lhe agrada, procedendo à sua inscrição com antecedência. É ainda comum tornar-se sócio de uma organização, com vista ao seu alojamento no futuro. Tipicamente estes comportamentos e atitudes são mais comuns em pessoas que estão sozinhas (solteiros, viúvos e/ou sem filhos) ou quando os filhos vivem longe e/ou não têm condições para acolherem ou para apoiarem os seus pais.

No caso da escolha relutante, como o próprio nome indica, a pessoa idosa não concorda e resiste à sua admissão num Lar de idosos. Poder-se-á afirmar que esta opção é a mais dolorosa, pois a pessoa idosa é forçada pela família e/ou por técnicos a ir para um Lar, contra a sua vontade. Na ótica dos autores supra referidos, a imposição pelos familiares deve-se a duas razões; a primeira prende-se com o facto da família não reunir as condições necessárias para cuidar da pessoa idosa, por um lado porque o familiar idoso é dependente ou portador de uma doença crónica, ou ainda porque a família manifesta problemas de ordem financeira, saúde ou até emocional. A institucionalização decidida por técnicos só ocorre em situações que a pessoa idosa viva sozinha esteja doente e/ou dependente, não seja autónoma, ou ainda por se verificarem situações de extrema pobreza.

Por último a opção de se realojar num Lar de idosos pode ser passiva, o que significa que a decisão é de terceiros e ocorre normalmente quando se verificam duas situações, pessoas idosas com demências ou resignadas, que deixam o comando das suas vidas nas mãos dos familiares.

No entender de Glover – Thomas, os elementos das famílias que tomam a decisão de institucionalizar o seu familiar idoso deve ter em consideração quatro aspetos vitais: “os passados e presentes desejos e sentimentos declarados pela pessoa em causa e os fatores que consideraria na decisão; a necessidade de permitir e encorajar a pessoa a participar o mais possível, em tudo o quanto é feito por ela e a afeta; consultar outros membros da rede social acerca dos desejos e sentimentos que a pessoa incapacitada teria e que significam muito para ela; tentar que a ação a tomar seja a menos restritiva da liberdade da ação da pessoa” (citado in Sousa et al, 2004).

### 5.3 – Adaptação/integração ao ambiente institucional

A adaptação à vida institucional não é uma tarefa fácil para o idoso, pois a mesma implica um processo de aprendizagem de uma nova maneira de viver e ser. Este processo é muitas vezes dificultado pelas fragilidades físicas e psicológicas em que alguns idosos se encontram.

Embora se considere que a adaptação e a integração à instituição se consolidam quando o utente sente o Lar como a sua casa, Grogger concluiu que” este sentimento só surge tendo em atenção três fatores: circunstâncias da institucionalização, definições subjetivas do lar de idosos e continuidade alcançada após a mudança para o lar” (Sousa et al, 2004).

O primeiro fator está relacionado com as circunstâncias da institucionalização, ou seja, em que moldes ocorre o internamento em Lar. Tendo em atenção a participação da pessoa idosa na tomada de decisão e escolha do Lar, poder-se-á dizer que o processo de adaptação é menos doloroso se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico. Por outras palavras se a decisão partiu do próprio idoso e/ou se se verificou um planeamento prévio por parte da pessoa idosa do seu internamento em Lar. Existe uma maior probabilidade para que o processo de adaptação seja mais fácil porque houve uma preparação mental para a mudança de residência.

Porém, se for do tipo relutante que como o próprio nome indica a pessoa resiste porque não concorda com o internamento, o processo de adaptação é mais difícil, porque a institucionalização ocorre contra a vontade da pessoa, logo esta resiste à inserção num Lar, o que dificulta a adaptação às rotinas institucionais. Se for do tipo passivo, em caso de demência, a pessoa idosa não tem a perceção do internamento, já em caso de resignação pode desencadear um estado depressivo. O autor explica que “os idosos que têm tempo para antecipar e antever a mudança se integram mais facilmente neste novo modelo de vida” (Sousa et al, 2004).

O segundo fator, que se consubstancia nas definições subjetivas de Lares de idosos, traduzem a opinião das pessoas idosas, sobre quais os aspetos e/ou características que fazem de um Lar de idosos um bom Lar. Nas palavras de Sousa et al (2004), “do ponto de vista dos utentes idosos, um lar é aquele que: tem atividades de animação; possibilidade de saídas (passeios, acesso fácil às atividades de lazer da comunidade ...); fornece boa alimentação; tem pessoal simpático e competente e não está sempre a mudar quem lá trabalha; permite ter quarto individual; facilita que os residentes façam boa companhia uns aos outros; oferece conforto físico; disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física

...); é seguro, não é demasiado grande. Quando os lares correspondem a estas definições, a adaptação e integração realiza-se de forma mais simples”.

Por fim, no que diz respeito à continuidade alcançada após a mudança para o Lar, está implícito o respeito por parte da instituição, pela dignidade, autonomia, privacidade, direito de escolha e independência. No que diz respeito à dignidade, este direito é ameaçado muitas vezes pelo convívio, interação entre a pessoa idosa e o pessoal auxiliar e/ou técnico. Verifica-se também um tratamento homogêneo que propugna um desrespeito pela privacidade, e insensibilidade perante a opinião ou desejos do utente. A autonomia é ameaçada pelo poder e controlo da instituição.

Por vezes verifica-se alguma tensão entre aquilo que a instituição impõe e a forma como os internados aceitam as imposições e se adaptam a elas. Neste sentido, Barenys (1992) considera que no Lar, os idosos desenvolvem estratégias individuais e pessoais de adaptação, o que significa que neste tipo de instituição entre os idosos não existe uma identificação coletiva proveniente do facto de se encontrarem a residir na mesma instituição. Acrescenta ainda que não se verifica uma solidariedade entre utentes no sentido de se adaptarem de forma coletiva.

Desta forma, poder-se-á afirmar que as estratégias diferem de pessoa para pessoa, independentemente de partilharem a mesma instituição e o mesmo sentimento de necessidade de adaptação à mesma. A maior eficácia da utilização de estratégias personalizadas adaptadas aos interesses de cada um e uma certa incapacidade de organização de uma estratégia coletiva, podem ajudar a compreender esta situação.

Para além do isolamento como estratégia de adaptação adotada, também podemos mencionar as situações em que os utentes procuram delimitar e marcar para si pequenos territórios, com o objetivo de atenuar uma certa impessoalidade inerente à instituição. A referida marcação é feita através do recurso a objetos pessoais, que são muito importantes neste contexto, pois personalizam de certa forma o local onde são colocados.

Outra estratégia tem por base a tentativa de estabelecer boas relações com a instituição e seus funcionários. Contudo, estas facilidades implicam por vezes que o idoso tenha que recompensar monetariamente o colaborador, mesmo que este desempenhe tarefas a que está obrigado institucionalmente. Esta é portanto, mais uma estratégia de recurso para o idoso. O idoso tenta assim promover uma melhor adaptação ao quadro institucional através da procura de um consenso, utilizando estratégias no *modus vivendi* do dia a dia.

Face ao exposto parece ser possível concluir que a entrada num Lar de idosos conduz o novo utente a um processo de inserção nas normas da instituição que põe em causa a sua

identidade e vivências anteriores e que implica a assunção de estratégias de adaptação e reconstrução de uma nova vivência com as respetivas consequências identitárias.

O processo de institucionalização assume desta forma, um duplo carácter, pois se por um lado conduz à despersonalização, por outro, ao impor um modelo de comportamento, exige que o residente adote várias estratégias que lhe permitem redefinir a sua personalidade, através de uma nova maneira de ser e de viver.

#### **5.4 – Principais implicações do processo de institucionalização**

Independentemente das circunstâncias que envolvem o internamento em Lar, este representa sempre para a pessoa idosa uma mudança significativa do seu padrão de vida e uma rutura abrupta com o meio envolvente. A pessoa idosa é desta forma confrontada com uma realidade completamente nova que por vezes pode ser assustadora. Se para o idoso que continua integrado na comunidade, é difícil reorganizar e adaptar o seu projeto de vida às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento (biológicas, económicas, sociais e psicológicas), para o idoso institucionalizado o processo torna-se mais doloroso. Na ótica de Fernandes (2002) “a institucionalização começa logo por se constituir um abuso emocional, caso seja decidida entre os familiares do idoso e os representantes da instituição, ou seja, se a decisão for do tipo relutante ou passiva, não havendo a preocupação de auscultar a opinião e as expectativas do futuro utente e muito menos de lhe dar oportunidade de se exprimir e participar no seu plano de cuidados”. Outra implicação referida pela autora traduz-se no facto da institucionalização ter sempre implícita a segregação social da pessoa, dado que propugna a rutura com o meio social de pertença e consequentemente a perda de laços sociais com a família, amigos e vizinhos.

A integração em Lar também se pode apresentar penosa para alguns idosos porque para além de se afastarem do seu meio natural de vida (desinserção social, desinserção familiar, ausência de controlo sobre as rotinas diárias, etc.) exige que estes se adaptem na última fase da sua vida a um novo espaço físico, relacional e social, o que provoca nas pessoas idosas sentimentos de inquietude, angústia e desespero face a um espaço físico estranho a ter que conviver com pessoas estranhas, a comer o que “os outros” decidem e a ter que se sujeitar a que pessoas estranhas cuidem deles, numa completa violência à sua intimidade/privacidade e autonomia (Santos & Encarnação, 1998).

Goffman (2010), defende que a entrada e inserção num Lar constitui um processo crítico, pois o idoso terá que abandonar o seu contexto espacial quotidiano, onde esteve integrado muitos anos. As suas vivências pessoais, as suas práticas de rotina e os hábitos quotidianos decorrentes da sua carreira, entendida como trajetória percorrida durante a vida, serão também postos em causa pelo quadro normativo da instituição, pois este não é muitas vezes compatível com a expressividade individual do utente. O sistema social do idoso desorganiza-se e este fica desprovido do seu mapa de ação, sentindo-se numa situação embaraçosa e confusa.

Os Lares determinam um quadro normativo, que define a situação de interação com o idoso no qual este último terá que se enquadrar, ou seja, adaptar. Normalmente, as regras de funcionamento do Lar não se encontram escritas e afixadas em nenhum lugar, grande parte das normas são impostas mais pela convivência entre os idosos. Assim, mais do que um regulamento formalmente imposto pela instituição, são um conjunto de comportamentos e circunstâncias que pelo hábito e recorrência se constituem progressivamente como normas de comportamento. O idoso recém-chegado irá tomar conhecimento daquilo que lhe é permitido fazer e realizar com o passar do tempo e no contacto com os funcionários e outros idosos. A vivência institucional determina as linhas de ação e as práticas de rotina que os idosos devem seguir, para que não se gerem situações de conflito. Inicialmente o “novato” terá que sofrer um processo de aprendizagem para tomar conhecimento de quais as condutas adequadas a seguir. Este é um processo de alguma complexidade, uma vez que o utente apenas terá conhecimento de grande parte das normas de vivência institucional, com o decorrer da permanência no Lar. Os hábitos e costumes adquiridos pelos utentes que já se encontram na instituição há mais tempo, constituem-se como elementos de referência.

Reconhece-se no entanto, que uma instituição necessita de uma regulamentação mínima para tornar exequível o seu funcionamento, assim sendo, o idoso deverá respeitar os horários das refeições e as horas de entrada e saída na instituição, até porque a sua liberdade acaba onde inicia a dos outros. Ao ingressarem num Lar de idosos a privacidade das pessoas idosas é abalada, pois na maioria das instituições as pessoas idosas estão condicionadas a partilharem o seu quarto com pessoas desconhecidas e com hábitos possivelmente diferentes. A convivência na intimidade com outros elementos desconhecidos é algo que provoca grande sofrimento, em alguns dos utentes.

Ainda na ótica de Goffman (2001), a entrada num Lar caracteriza-se por “um processo de mortificação, rebaixamento e profanação do Eu ”, embora de uma forma indireta. O alojamento e tratamento coletivo de um grande número de pessoas, heterogenias entre si, em

que as ações são formalmente administradas, não se verificando o respeito pela privacidade e individualidade de cada um, constituem por si só uma mortificação do Eu.

Regra geral, logo à entrada da instituição é imposto ao idoso o quarto em que deve dormir e a mesa onde deve realizar as suas refeições. A instituição deixa assim pouca margem de opção ao idoso, ainda que durante a estadia, e no caso de conflitos e pedidos dos utentes, se possam verificar algumas mudanças. A necessidade de contatar na intimidade com pessoas desconhecidas e na maior parte dos casos com hábitos diferentes, bem como com a ausência de espaços ou de territórios do Eu, constituem nas palavras de Goffman (2001) aspetos difíceis de suportar.

A impossibilidade de transportar consigo os bens que deseja e que lhe conferiam uma certa identidade, tendo apenas que se limitar àquilo que a instituição autoriza e cabe no quarto, constitui um doloroso afastamento de uma longa relação com o quadro espacial e objetos pessoais. O autor acrescenta que a perda de equipamentos de identidade dificulta ou impede a pessoa idosa de mostrar aos outros a sua imagem habitual (Ibidem).

De salientar, que a ausência de chaves nas portas dos quartos da instituição e a constante violação do território do Eu, pela presença de casas de banho coletivas, por vezes sem portas, a violação da reserva de informação, entre muitas outras circunstâncias, constituem também uma mortificação do Eu. Verifica-se assim, uma perda de autonomia e mesmo do controlo das atividades triviais como as refeições, o levantar e deitar da cama; para as quais a instituição impõe horários (Ibidem). A instituição substitui-se ao idoso numa grande parte das tomadas de decisão, reduzindo de forma evidente a autonomia dos idosos nela residentes. Medidas imprescindíveis ao funcionamento da instituição, sendo essencial o respeito e a sujeição pelos utentes às normas institucionais.

Santos & Encarnação, (1998) explicam que através das práticas quotidianas de higiene e prestação de cuidados às pessoas idosas, estas são violadas na sua intimidade/privacidade. Argumentando que o corpo desnudado, tratado com indiferença, (como se de um objeto se tratasse) e revelados publicamente, conjuntamente com a revista aos roupeiros, mesas de cabeceira, malas entre outros, com o intuito de limpeza e revisão, o vestuário ser numerado e regularmente entregue ao setor da lavandaria, deixando assim o idoso de escolher a roupa que vai vestir, contribuem ativamente para a violação desses direitos.

Relativamente à perda de autonomia, os autores supra mencionados referem que quando os idosos são institucionalizados sentem uma perda de controlo, porque a grande maioria dos Lares assume o controlo/comando de alguns aspetos da vida dos utentes. Estes passam a ser compulsivamente regulados, quer nos comportamentos, valores ou decisões.

As pessoas idosas são confrontadas com sentimentos de desânimo porque a sua liberdade e autonomia são violadas, com o argumento de que a liberdade de uns impõe-se à liberdade de outros. Neste sentido, é difícil encontrar e manter o equilíbrio entre as necessidades e preferências do idoso e as regras necessárias ao funcionamento do Lar. A institucionalização exige assim, à pessoa idosa, uma grande capacidade de adaptação a todo o meio institucional, desde o ritmo de horários, à perda de autonomia, verificando-se um desrespeito pela individualidade de cada um, em que há um tratamento homogêneo. Neste sentido, a diversidade dos utentes é ignorada.

Os Lares dispõem de respostas que oferecem condições de alojamento coletivo, destinadas a um grupo supostamente homogêneo de pessoas, que nós sabemos ser completamente heterogêneo na sua cultura, estatutos socio-profissionais, recursos económicos, gostos, valores e necessidades. Assiste-se assim a uma despersonalização do idoso assente num tratamento massivo, vida rotineira e monótona, que trata todos os idosos de igual forma, sem ter em conta histórias de vida, diferenças e preferências, o que nos leva a acrescentar que se verifica uma anulação da personalidade (Ibidem).

“Os regulamentos dos Lares têm dificuldade em conciliar a coletivização com a individualidade” (Quintela, 2001). A obrigatoriedade de viver de acordo com as normas, regras e de conviver com pessoas que não se conhece, leva a uma vivência em coletividade anónima e desconhecida. Desta forma, o quotidiano dentro de um estabelecimento “é normalmente marcado por um grande isolamento” em que “a coabitação não é garante de não isolamento” (Fernandes, 2002), mas antes “de solidão, nostalgia (por uma vida passada) e ausência de afeto, por se verificar em parte, um ambiente humano frio e impessoal (Quintela, 2001).

Outro efeito da institucionalização a considerar, prende-se com a desvalorização das necessidades do idoso, por se acreditar que estas se limitam às prioridades fisiológicas (alojamento, alimentação, vestuário, cuidados de saúde e higiene), enquanto que por exemplo, as necessidades de nível social, afetivo e/ou sexual são reprimidas e em que o próprio idoso tem dificuldade em as assumir. De salientar, que mesmo as situações em que é dado espaço às pessoas para exprimirem e desenvolverem os seus interesses, em alguns casos verificam-se por parte destes, estratégias de fuga, porque a imagem de dependência não é suprimida.

As visitas são menos frequentes à medida que o tempo de institucionalização aumenta. No entanto, mesmo que o contato e apoio familiar ou social (amigos, vizinhos) se verifique, este ocorre no espaço institucional, o que leva a que as pessoas idosas se sintam limitadas ao círculo de relações internas. No que diz respeito às relações com o exterior estas são também

em muitos casos quase inexistentes. Para além dos aspetos já referidos, Fernandes (2002) refere ainda no que concerne à saúde e bem-estar nos idosos institucionalizados, se verifica um risco acrescido (comparativamente com os não institucionalizados). Conscientes que a maior parte das vezes o recurso aos Lares ocorre quando se verificam alterações físicas, psicológicas e sociais na vida da pessoa idosa, com a agravante de que a capacidade de adaptação é mais difícil nesta fase da vida, a pessoa idosa é confrontada com a diminuição da capacidade de controlo, o que na opinião da autora acentua a vulnerabilidade psico-emocional e física. Neste sentido é frequente nos Lares de Terceira Idade, o diagnóstico de doenças psicossociais como a solidão e a depressão, com repercussões no declínio físico.

A solidão consubstancia-se num sentimento determinado pelas expectativas individuais do idoso em relação aos contatos sociais e ausência de planos para as atividades diárias (Fernandes, 2002). Berger (1995), acrescenta que “a solidão é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias”.

Fernandes (2002) chama-nos a atenção que diferentes pessoas, em diferentes situações podem experimentar diferentes sentimentos de solidão, constituindo uma experiência subjetiva, suscetível de ser sentida, não apenas quando se está sozinho, mas também quando estamos acompanhados (com pessoas com quem não queremos estar). Porém, este sentimento é vivido de uma forma especial pelo idoso, enquanto que nas outras idades se vão encontrando compensações. Nesta faixa etária a solidão passa a dominar a vida do idoso, que se vê sem grandes perspetivas para o seu futuro, em que a sentença final é a morte.

A autora conclui que tudo o que possa contribuir para a diminuição da auto-estima, designadamente a perda de papéis, isolamento social, problemas de saúde, falta de apoio familiar, entre outros, contribuem para desencadear este sentimento de solidão.

No que diz respeito à depressão, esta é muito mais do que um sentimento ou uma emoção. A depressão é um estado de elevada complexidade que se pode definir como uma doença, síndrome, um sintoma ou um simples estado afetivo, a tristeza.

Fernandes (2002) salienta que “são vários os motivos para que esta ocorra, nomeadamente um ambiente rotineiro pouco estimulante e normativo, em que as relações têm muitas vezes um carácter funcional e sobretudo devido ao rompimento ou ameaça de rompimento de vínculos ou de diversos tipos de relações afetivas com familiares próximos. Nos idosos em estado depressivo verifica-se um menor desejo de continuar a viver”.

No entanto, embora a maioria da pesquisa bibliográfica efetuada se reporte às implicações negativas da institucionalização, o inverso também pode acontecer e o idoso tirar

proveito da institucionalização para criar e fomentar novas amizades, conhecer diferentes histórias de vida e participar em atividades que lhe permitem combater a solidão tão característica nesta faixa etária (como já tivemos oportunidade de verificar). A institucionalização pode desta forma contribuir para aumentar as oportunidades de interação de reassumir ou adquirir novos papéis sociais, assim a adaptação ao novo espaço fica mais facilitada.

Lopes (2013), refere que apesar da generalizada imagem negativa com que são conotados os Lares de Terceira Idade, o facto dos idosos viverem rodeados por pares homogeneizados, facilita a integração social entre os residentes. A autora vai mais longe e afirma que nos Lares em que há uma grande concentração de idosos, “se verifica que o número de amigos é maior, as amizades mais ativas e a satisfação de vida mais elevada”

A este respeito, Barenys (1993) é da opinião que o alívio de responsabilidades económicas (porque têm assegurada a alimentação e a dormida) e o processo de confraternização, são fatores que contribuem para a reorganização do Eu. O idoso também pode tirar partido da institucionalização para a criação de novas amizades e reforçar o convívio de forma a combater a solidão e estados depressivos.



## **PARTE II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Capítulo 6 - Definição da pesquisa**

#### **6.1 - Delimitação do problema de pesquisa e questão de partida**

Após a exploração da pesquisa bibliográfica, podemos afirmar que o processo de institucionalização, simbolizado pela saída de casa, é constituído por um conjunto de etapas: a decisão, os motivos, e a adaptação à nova residência, que de acordo com os estudos consultados pode manifestar-se numa situação penosa para o idoso sendo, por vezes, difícil a sua integração no meio institucional.

No entender de Sousa et al, (2004) a institucionalização implica muitas vezes a expropriação de um espaço social e físico, de uma personalidade, de objetos pessoais, ou seja, de toda uma vida que foi vivida até a entrada no Lar.

Face ao exposto, considerou-se pertinente analisar as implicações da institucionalização em Lar e perceber se a pessoa idosa valoriza mais as implicações negativas ou as implicações positivas. Tendo sempre presente a forma como decorreu o processo de internamento, isto é, os motivos e agentes envolvidos.

Neste sentido, a nossa investigação assentou na seguinte questão de partida: Quais as implicações do processo de internamento em Lar, mais valorizadas pelos idosos, tendo em consideração o processo de decisão.

#### **6.2 – Objetivos**

Nas palavras de Gil (2010) os objetivos gerais “são ponto de partida, que indicam uma direção a seguir, mas, na maioria dos casos, não possibilitam que se parta para a investigação”.

Assim sendo, os objetivos específicos assumem extrema relevância, na medida em que são eles que nos vão permitir “descrever, nos termos mais claros possíveis, exatamente o que será obtido num levantamento” (...), “referem-se a características que podem ser observadas e mensuradas”( Ibidem).

### **6.2.1 - Objetivo geral – Problematização**

Tendo em consideração a questão de partida que norteia o objetivo geral da presente investigação é identificar e analisar as implicações inerentes à institucionalização da pessoa idosa em Lar e perceber se esta valoriza no seu discurso as implicações positivas ou as implicações negativas, tendo sempre presente o processo de decisão.

Uma vez que o processo de institucionalização poderá influenciar a perceção subjetiva que o idoso tem da sua atual situação e a conseqüente valorização dos fatores positivos e negativos, pretendemos perceber se a forma como decorreu a institucionalização, influência o modo como essas implicações são interpretadas pelos idosos. Ou seja, pretende-se compreender se os motivos subjacentes ao internamento e à forma como o processo de decisão foi conduzido, levam a uma sobrevalorização das implicações positivas ou das implicações negativas.

### **6.2.2 - Objetivos específicos – Envolventes**

Na tentativa de tornar mais claro o objetivo geral propomos um conjunto de objetivos específicos que organizámos em duas grandes dimensões. A primeira, diz respeito ao processo de decisão onde serão focadas como variáveis os motivos que conduziram à institucionalização e os agentes envolvidos, ou seja, as pessoas que contribuíram e participaram no processo de institucionalização da pessoa idosa. Com a segunda dimensão pretendemos averiguar se a institucionalização teve implicações na vida das pessoas idosas e, caso tenham ocorrido alterações, a que níveis se refletem.

#### **A – Processo de Decisão**

- I. Averiguar quais os motivos que estiveram na origem da institucionalização da pessoa idosa, ou seja, quais os fatores subjacentes à procura de um Lar para residir.
- II. Perceber se o internamento em Lar foi uma decisão espontânea, inevitável ou imposta, ou seja, saber se foi iniciativa da pessoa idosa ou se foi dos seus familiares.

#### **B – Implicações Inerentes à Institucionalização**

- I. Compreender como decorreu a fase de integração/adaptação às normas de funcionamento da instituição. Identificar os principais medos e angústias que a pessoa idosa sentiu e se lhe foi dada a oportunidade de participar no seu plano de cuidados.

- II. Analisar se após a institucionalização se mantiveram os laços com a família, ou seja, perceber se o contacto familiar se intensificou, ou pelo contrário passou a ser esporádico. Por outras palavras, perceber se as relações familiares, sofreram alterações com a institucionalização e caso tenham sofrido como se caracterizam.
- III. Identificar que tipo de trocas existia antes da institucionalização e quais as formas que estas assumem atualmente, isto é, perceber se existiam trocas financeiras, instrumentais e afetivas e se estas permanecem após a institucionalização.
- IV. Saber se o internamento teve impacto nas relações sociais que o idoso mantinha e se proporcionou o estabelecimento de novas relações dentro da instituição; tendo como intuito, perceber quais o idoso valoriza mais.
- V. Averiguar se as oportunidades que o idoso tem de participar na vida social, foram alteradas com a institucionalização.
- VI. Perceber se o idoso participa na rotina institucional, ou seja, identificar se o idoso desenvolve alguma tarefa/ atividade dentro da instituição ou se limita a usufruir dos serviços prestados pela mesma.
- VII. Definir de que forma a pessoa idosa faz a gestão dos seus bens e dinheiro, na tentativa de perceber se a mesma controla e/ou participa na administração do seu património e/ou vida financeira.

### **6.3 – Hipóteses – Probabilidades**

Quivy (2008) afirma que “um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estruturar em torno de uma ou várias hipóteses”. Gil (2010) define a hipótese como “a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema” ou seja, as hipóteses constituem-se como respostas provisórias ao problema de pesquisa que estamos a investigar. Nesta linha de ideias, poder-se-á sublinhar que as hipóteses são fundamentais

porque traduzem o verdadeiro sentido da investigação científica, pois, apresentam-se como preposições sobre algo que ainda desconhecemos e fornecem ao investigador a orientação necessária para o resto do processo de investigação, nomeadamente para a recolha de informação científica.

Porém, é de sublinhar que integrando-se a nossa pesquisa no âmbito do paradigma qualitativo/ interpretativo, as hipóteses que formulamos não pretenderam estabelecer relações de causalidade linear, mas antes compreender a interação que as diferentes variáveis estabelecem entre si. Neste sentido, formulámos a seguinte linha de probabilidade:

- O processo de institucionalização tem subjacentes implicações positivas e negativas, no entanto, a pessoa idosa valoriza no seu discurso as implicações negativas.

#### **6.4 – Caracterização empírica da pesquisa**

Importa lembrar que a presente investigação visa identificar e analisar as principais implicações da institucionalização das pessoas idosas em Lar, e perceber se as mesmas sobrevalorizam no seu discurso as implicações negativas ou as implicações positivas.

Assim, de forma a responder aos nossos objetivos, a orientação metodológica mais adequada é, sem dúvida, a abordagem de natureza compreensiva. Esta abordagem pauta-se pelo paradigma interpretativo, em que o método a adotar é o qualitativo. Corroboramos Bell (1997) quando refere que “os investigadores que adotam uma perspetiva qualitativa estão mais interessados em compreender as perceções individuais do mundo. Procuram compreensão em vez de análise estatística”.

Desta forma, a nossa pesquisa rege-se pelo método qualitativo, uma vez que pretendemos interpretar o fenómeno da institucionalização das pessoas idosas e analisar as suas implicações do ponto de vista subjetivo, isto é, tendo por base a perceção do idoso. Assim, a abordagem qualitativa justifica-se sobretudo por ser uma “forma adequada para entender um fenómeno social” (Richardson, 1999), em que permite efetuar um tratamento mais pormenorizado da informação recolhida. Além de se poder descrever a complexidade de determinados fenómenos sociais é possível analisar a interação das variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais e facilitar a compreensão particular do indivíduo.

Face às características enunciadas e dada a especificidade do presente estudo, adotamos o método qualitativo, pois este é o mais adequado para entender e aprofundar a natureza da

nossa temática e, sobretudo, por possibilitar uma maior aproximação entre o investigador e a população-alvo.

### **6.5 - Modo de investigação**

Dentro dos planos qualitativos escolhemos o “estudo de caso”.

O estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa utilizada nas Ciências Sociais com bastante regularidade e consubstância-se numa abordagem metodológica de investigação, especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

Fidel (2004) salienta que o estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo, que permite observar o fenómeno ou objeto no seu meio natural, sem qualquer interferência significativa do investigador.

Coutinho (2003), refere que o estudo de caso possui a vantagem de se adaptar a várias realidades de pesquisa e afirma que quase tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação.

Ponte (2006) acrescenta que “esta estratégia de pesquisa permite-nos ainda debruçar sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico, e, desse modo contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse, em que o investigador não precisa especificar antecipadamente o conjunto de variáveis dependentes e independentes”.

Face ao exposto, o estudo de caso revelou-se no método mais apropriado para levar a cabo a nossa investigação, pois procurámos explorar, compreender e descrever as implicações da institucionalização num Lar de idosos, através da perceção das pessoas idosas, tendo em consideração diversos fatores e com vista a desenvolver algumas conclusões pertinentes aos nossos objetivos.

### **6.6 - Delimitação do campo de pesquisa**

Como nos é dito por Quivy (2008), torna-se crucial delimitar o campo de análise do nosso estudo nos seus vários níveis: social, geográfico e temporal.

### **6.6.1 – Delimitação da população-alvo**

Relativamente ao espaço social, pretende-se encontrar a nossa população alvo, termo que Quivy (2008) afirma “designar um conjunto de pessoas ou organizações, bem como objetos de qualquer natureza “ .

Na nossa pesquisa, a população alvo consubstância-se num conjunto de pessoas idosas institucionalizadas em dois Lares que se situam na Figueira da Foz, pois atendendo ao nosso objetivo geral, ninguém melhor que as próprias pessoas que estão a vivenciar um internamento em Lar, para falar das implicações deste, ou seja, dos efeitos positivos e/ou negativos.

Torna-se necessário cingir o estudo apenas a uma amostra dessa mesma população. Num estudo de caso a amostra adquire um sentido muito particular, não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o “caso”.

A amostra é assim fundamental, pois constitui o cerne da investigação. O nosso estudo teve como amostra 13 idosos, de ambos os sexos, residentes nos Lares há pelo menos seis meses e não mais de cinco anos. Este período de tempo é no nosso entender fundamental e suficiente para que o idoso faça um balanço da sua estadia no Lar, com a ressalva que todos os idosos participaram na nossa investigação de forma voluntária.

Outro requisito que considerámos pertinente na seleção da amostra, uma vez que o envelhecimento implica frequentemente um declínio das capacidades funcionais e cognitivas, foram as pessoas idosas manifestarem um discurso coerente, capazes de se situarem no espaço e no tempo, o que nos permitiu uma melhor comunicação e criar uma certa uniformidade, no sentido de evitar que outros fatores relacionados com a perda de autonomia e/ou acidentes graves, dificultassem a perceção que o idoso tem das implicações da institucionalização.

Desta forma, acresce referir que a constituição da nossa amostra, não teve um carácter aleatório, tendo obedecido a critérios estabelecidos “a priori”, o que significa que a nossa amostra caracteriza-se por ser convencional, ou por outras palavras intencional, pois os idosos foram selecionados tendo em atenção os critérios supra referidos, através da informação cedida pelas respetivas Diretoras Técnicas dos Lares, onde se realizaram as entrevistas.

### **6.6.2 – Delimitação espacial**

Relativamente ao campo de pesquisa em termos geográficos, a nossa investigação decorreu em duas IPSS, designadamente no Lar de Santo António e na Santa Casa da

Misericórdia ambos na Figueira da Foz. A escolha das referidas instituições deveu-se ao facto de ambas possuírem a valência Lar.

Outra razão que nos levou a cingir a presente investigação na Figueira da Foz, prendeu-se com facto da investigadora residir no concelho em questão, o que permitiu uma maior acessibilidade e rentabilização do tempo, o que significa que a escolha das referidas instituições não foi aleatória. Para a seleção das referidas instituições, procedemos à consulta da Carta Social, ([www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/05/12) com o objetivo de fazer o levantamento das instituições de apoio aos idosos com a valência Lar.

Depois enviámos o pedido via correio às referidas instituições, a explicar o cerne da presente investigação e a solicitar a respetiva colaboração. Ambas as instituições demonstraram interesse em participar no estudo.

Acresce referir, que não houve a necessidade de alargar a investigação a outras instituições porque as referidas, preencheram os requisitos da amostra estabelecida na nossa pesquisa.

### **6.6.3 - Técnica de recolha de dados**

No processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente o diário de bordo, o relatório, a entrevista e a observação.

Considerando a nossa população alvo, a entrevista semiestruturada ou semidiretiva foi a mais adequada ao nosso estudo. A entrevista adquire bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que ela é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.

Bell (1997) refere, citando Moser e Kalton, que a entrevista consubstancia-se numa conversa entre duas pessoas (o entrevistador e o entrevistado), com a finalidade de extrair informação de uma delas (do entrevistado).

Na nossa pesquisa, a conversa foi entre a investigadora e as pessoas idosas, com a finalidade da primeira apurar quais foram, na ótica dos idosos, do ponto de vista subjetivo, as principais implicações inerentes ao seu internamento em Lar e compreender quais valoriza mais, através dos seus discursos.

A opção por esta técnica de recolha de informação deve-se principalmente à sua adaptabilidade, uma vez que “um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos, coisas que o inquirido não poderá fazer” (Ibidem).

A entrevista ao ser realizada face a face torna possível analisar numa resposta o tom de voz, a expressão facial e as hesitações, informação que uma resposta escrita não revelaria.

Não obstante, é necessário ter presente que uma entrevista científica é muito mais que uma conversa interessante, desta forma revelou-se imprescindível estipular uma sequência lógica de tópicos cruciais a abordar na nossa temática. “A entrevista guiada ou focalizada preenche estes requisitos. Não se usa nenhum questionário ou lista, mas, ao serem selecionados os tópicos sobre os quais a entrevista será conduzida, estabelece-se já uma determinada estrutura” (Bell, 1997).

Neste sentido, os temas que orientaram o nosso guião foram:

- I. Dados de carácter pessoal;
- II. Dados inerentes ao processo de decisão;
- III. Motivos subjacentes à institucionalização,
- IV. Agentes envolvidos na tomada de decisão do internamento;
- V. Opinião dos idosos relativamente às implicações do processo de institucionalização, ao nível pessoal, social, familiar e material;

Contudo, a estrutura do nosso guião teve um carácter flexível, ou seja, optamos por orientar a entrevista através de questões habilmente colocadas, por forma a sondar opiniões dos idosos na altura certa, o que nos permitiu falar sobre os assuntos centrais da nossa investigação.

#### **6.6.4 - Tratamento de dados**

Na ótica de Gil (2010), a análise dos dados caracteriza-se por ser a etapa onde se procede à organização e síntese dos dados, que nos permita encontrar uma resposta ao problema que constitui o âmago da nossa investigação. Por outro lado, através da interpretação dos dados podemos estabelecer uma ligação entre os resultados obtidos e a pesquisa literária.

Como qualquer investigação qualitativa, o processo de recolha de dados foi extremamente demorado, pois deparamo-nos com a necessidade de transcrever integralmente as gravações áudio das entrevistas realizadas aos residentes.

Seguidamente os textos resultantes das transcrições foram transformados em formato eletrónico tendo em vista a sua exploração, da qual construímos uma cadeia de evidências, tendo por base os níveis a analisar, com o objetivo de configurar o estudo de caso.

Após esta fase de tratamento dos dados e que consistiu basicamente as tarefas de: identificação, transcrição e a organização da base de dados, obteve-se uma base de dados a partir da qual foram trabalhadas as fases seguintes de análise dos dados:

- I. O processo de “identificação” que consiste no registo feito durante ou imediatamente após a recolha dos dados, da data, local de residente a que se reportavam os dados.
- II. Na “transcrição”, inclui-se as tarefas de transcrição para o texto em formato eletrónico das gravações áudio das entrevistas. Esta fase preliminar é complementada pela “organização” dos dados recolhidos através da constituição de um banco de dados.
- III. Posteriormente, selecionamos como principal estratégia de análise dos dados a “análise de conteúdo”. Construímos categorias consentâneas com as dimensões definidas, que funcionaram como um elemento concetual básico, a partir do qual se procede à descrição e interpretação dos dados e à construção de ilações.

## **Capítulo 7 – Caraterização dos Idosos Institucionalizados**

### **7.1– Caraterização dos idosos**

Cada pessoa é detentora de uma identidade singular, relacionada com a sua socialização, papéis sociais que desempenha e integração social, que a torna única.

São diversas as variáveis que contribuem para que se estabeleçam e classifiquem os seres humanos como únicos, com personalidades muito dispare, que perante uma mesma situação como o processo de institucionalização, se construam perceções diferentes.

### 7.1.1 - Distribuição dos idosos segundo o Gênero

Os idosos institucionalizados, que constituem a nossa amostra são na sua maioria do sexo feminino: onze mulheres e dois homens (Gráfico 1).

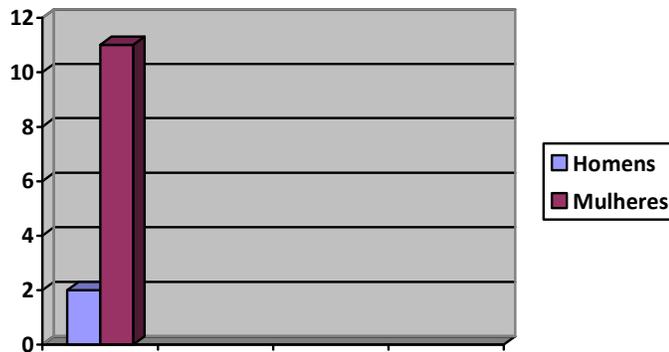


Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo o gênero

### 7.1.2- Distribuição dos idosos segundo a idade

No que diz respeito à idade dos idosos, estes situam-se entre os 71 e os 85 anos. Porém, delimitamos três subgrupos etários de acordo com Bolander (citado in Sorensen e Luckuman, 1998). Desta forma, dois elementos da nossa amostra situam-se na faixa etária dos 65-74 anos: “idoso-jovem”; dez “idosos-médios”, ou seja, entre os 75-84 anos de idade; e por último, um “idoso-velho” que se situa na faixa etária dos 85 e mais anos. Face ao exposto, concluímos que a nossa amostra é composta maioritariamente por “idosos médios” (Gráfico 2).

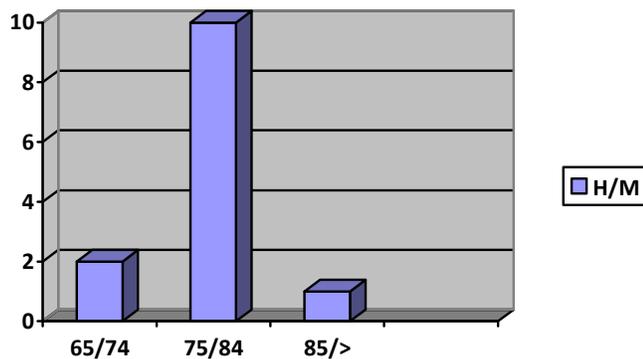


Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo a idade

### 7.1.3- Distribuição dos idosos segundo as habilitações literárias

No que concerne à identificação das habilitações literárias, a maioria dos idosos possui um nível de instrução baixo, sendo que: sete são iletrados; três possuem o 1º ciclo completo, e um o 1º ciclo incompleto. Apenas dois elementos da nossa amostra referiram possuir formação superior (Gráfico 3).

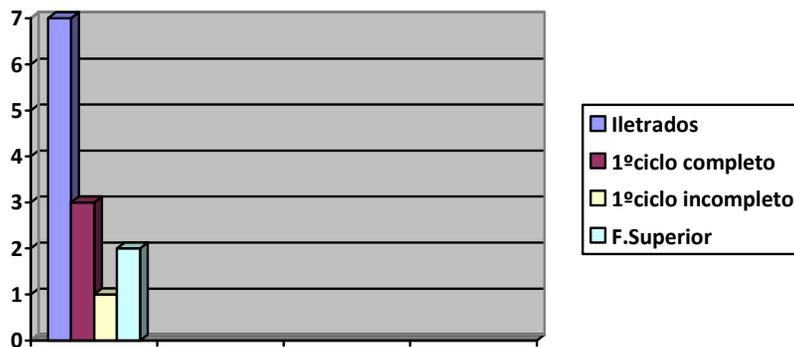


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos segundo as habilitações literária

### 7.1.4- Distribuição dos idosos segundo a profissão

Os idosos, durante a sua vida ativa, desempenharam funções distintas. Desta forma, existe uma prevalência da atividade doméstica (quatro); seguido de duas empregadas de limpeza. Também faz parte da nossa amostra um pedreiro; uma vendedora; uma professora; uma enfermeira; uma cozinheira; uma costureira; um condutor de máquinas (Gráfico 4).

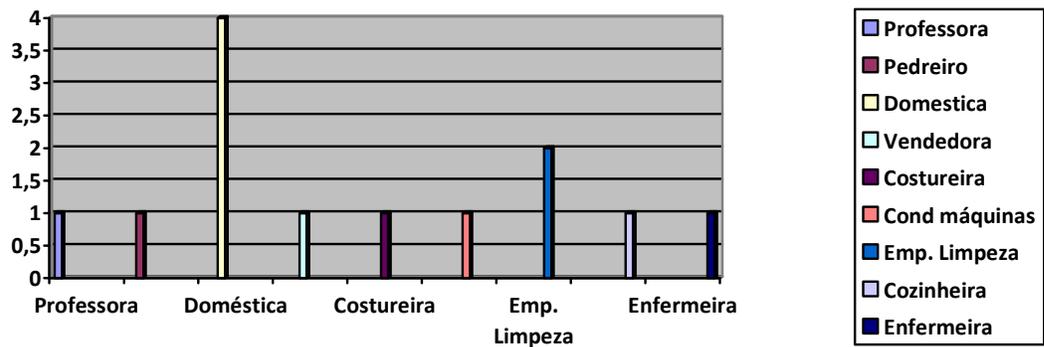


Gráfico 4 -Distribuição dos idosos segundo a profissão

### 7.1.5 - Distribuição dos idosos segundo o estado civil

Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos idosos institucionalizados são viúvos (nove), conforme comprova o gráfico seguinte. Fazendo também parte da nossa amostra, dois elementos casados e dois solteiros.(Gráfico 5)

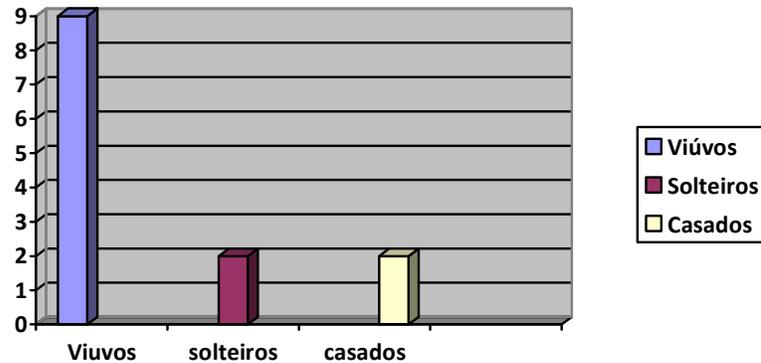


Gráfico – Distribuição dos idosos segundo o estado civil

### 7.1.6- Distribuição dos idosos segundo o número de filhos

No que diz respeito ao número de filhos podemos constatar que quatro idosos não têm filhos, três têm quatro filhos cada. Um dos elementos da amostra tem apenas um filho, três idosos têm dois filhos cada, por último quatro idosos têm dois filhos cada, (Gráfico 6).

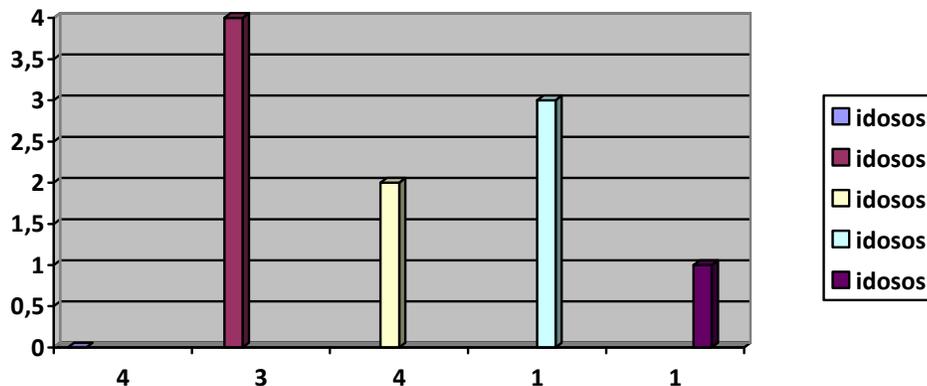


Gráfico 6 – Distribuição dos idosos segundo o n.º de filhos

**7.1.7- Distribuição dos idosos segundo o tempo de institucionalização**

Da análise, desta variável constatámos que quatro idosos encontram-se a viver na instituição entre seis e doze meses, cinco estão na instituição entre o período de tempo de um a três anos e os restantes (quatro) estão a residir no Lar entre três e cinco anos, (Gráfico 7)

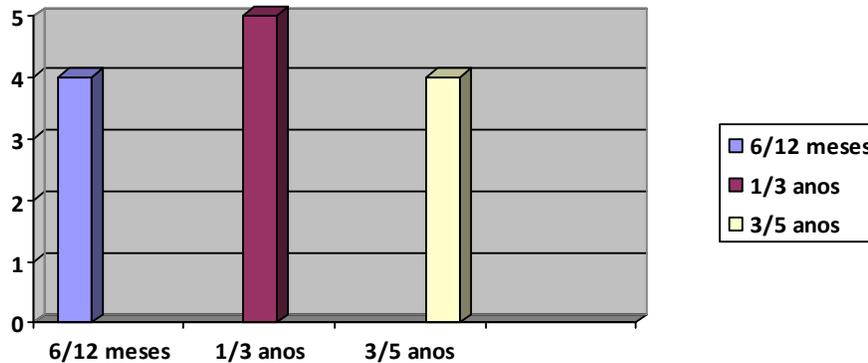


Gráfico 7 – Distribuição dos idosos segundo o tempo de institucionalização

**7.1.8 - Distribuição dos idosos segundo o tipo de decisão**

Relativamente ao tipo de decisão verificámos uma menor predominância nas decisões do tipo estratégica e relutante (um elemento em cada situação), na opção do tipo preferencial registámos seis casos, seguido de 5 situações do tipo passiva, (Gráfico 8).

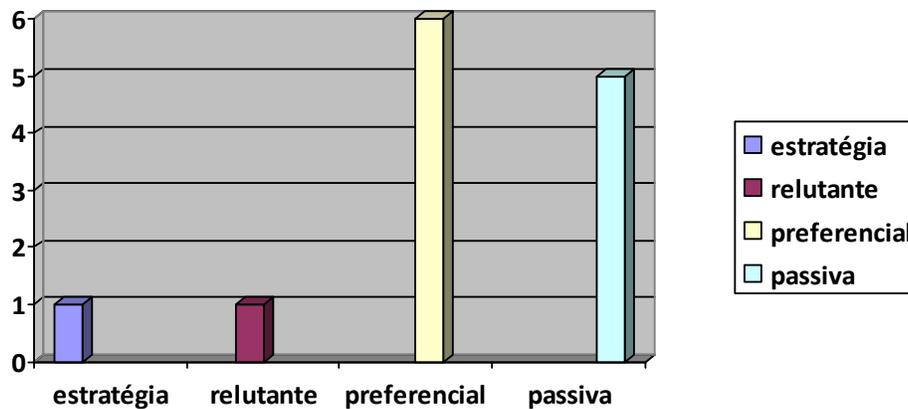


Gráfico 8 – Distribuição dos idosos segundo o tipo de decisão

## 7.2 - Síntese biográfica da população alvo

Para salvaguardar o anonimato dos elementos que participaram, de forma voluntária, na nossa investigação, optamos por utilizar pseudónimos.

### Caso n.º 1

A D. Alice tem 76 anos de idade é viúva, não tem filhos e encontra-se a residir no Lar de Santo António há três anos e três meses. Frequentou o terceiro ano de escolaridade e durante a sua via activa trabalhou na agricultura e na vida doméstica. Refere ter problemas nas pernas e nos pés o que lhe dificulta o andar, no entanto, não usa nenhum auxiliar de marcha. A mesma frisa ainda que não necessita de ajuda para as suas actividades da vida diária. Antes de ir para o Lar, vivia em casa sozinha, (uma vez que já é viúva à vinte e cinco anos e não tem filhos); afirma que o principal motivo que a levou a ir para o Lar “Foi não poder andar, já não podia andar. E não tinha ninguém que me ajuda-se, não tinha ninguém!”.

Relativamente à adaptação revelou ter sentido “Muita tristeza, (...), estava habituada a estar em casa (...) não é fácil deixar aquilo que é nosso”, mas depois com o tempo adaptando, considerando que hoje está integrada.

### Caso n.º 2

O Sr. José tem 74 anos de idade, é casado, tem três filhas e um filho e encontra-se a residir no Lar de Santo António há quatro anos e sete meses. Não frequentou a escola e durante a sua vida activa trabalhou como condutor de máquinas, depois de se reformar dedicou-se à agricultura, atividade que alega gostar e que desempenhou até ir para o hospital.

Amputado dos dois membros inferiores, (devido à diabetes) motivo pelo qual, segundo o Sr. Adelino, está no Lar, pois “eu perdi as pernas, não podia estar em casa e como sou uma pessoa muito pesada a mulher não conseguia tratar de mim sozinha e os filhos têm a vida deles, alguns estão lá para fora”. Desta forma, uma das filhas do casal, “tratou das voltas” e o Sr. Adelino foi diretamente do hospital para o Lar: “Quando eu vim na ambulância vim logo direto para aqui, já não fui para casa, a minha mulher foi-se embora, a filha levou-a para casa dela, lá na França”. Acresce referir, que necessita de ajuda para as actividades da vida diária, exceto comer. Do seu testemunho, podemos constatar que não teve dificuldades em se adaptar ao funcionamento do Lar” não tive dificuldade em me adaptar às regras, mudaram me para

aqui e eu aqui fiquei. Já se sabe, tem tudo horas ”, alegando que a maior dificuldade foi adaptar-se à ideia e ao facto de não ter as pernas, “muitas vezes eu ficava cheio de nervos”.

### **Caso n.º 3**

A D. Amélia tem 82 anos é solteira, não tem filhos e encontra-se a residir no Lar de Santo António há dois anos e meio. É iletrada e durante a sua vida ativa trabalhou como costureira. Não tem problemas de saúde graves e não necessita de ajuda nas atividades da vida diária. No período anterior à institucionalização vivia em casa sozinha e assegurava as suas atividades instrumentais da vida diária. Diz ter vindo para o Lar por iniciativa própria, “preferia estar na minha casa mas estava sozinha e, ficar lá sozinha, não. Aqui está sempre alguém se eu precisar. Sempre tive muita gente à minha volta, não casei, não tive filhos, mas ensinei meninas a costurar (...) quer dizer lidei sempre com muita gente, não sei estar sozinha”. Refere que se aconselhou com um sobrinho que lhe disse: «vem para minha casa, a tia vai agora para o Lar! Temos aquele quarto e a tia fica lá.». Mas preferiu ir para o Lar, pois alega “já que ia para outra casa que não era a minha, preferia o Lar. Aqui pago. Ia chate-á-lo, já tem o pai, a vida dele, a mulher, o filho. Queria ir para algum lado com a família e lá estava a velha a atrapalhar”.

A D. Amélia quando foi questionada sobre a dificuldade de adaptação às regras do Lar, referiu: “Estou aqui há dois anos e meio, é sempre diferente, não é? Na nossa casa fazemos as coisas à nossa maneira, bem ou mal! Aqui, já não é assim! Com o tempo habituamo-nos, mas não foi difícil, pois ainda faço tudo sozinha”.

### **Caso n.º 4**

A D. Maria tem 76 anos, é viúva, tem duas filhas e encontra-se a residir no Lar de Santo António há um ano. Tem o quarto ano de escolaridade e durante a sua vida ativa foi operária de uma fábrica e posteriormente empregada de limpeza num hospital. Refere ter problemas de cabeça, não necessita de ajuda nas atividades da vida diária, exceto o banho.

Depois de ter frequentado um centro de dia, durante dois anos, refere que veio par o Lar porque as filhas “é que disseram para eu vir para o Lar e eu olhei, em como elas não podiam, então elas estavam empregadas no escritório iam deixar, para tomar conta de mim, acho que não! Quer dizer estava a estragar a vida delas, eu trabalhei muito para elas terem o cursozinho, conseguirem ser alguém na vida. De maneira que eu disse-lhe que vinha para o Lar que elas quisessem, e vim e venho até que morra, agente faz tudo pelos filhos, agora os

filhos não devem fazer mais do que aquilo que podem. São escriturárias, é o serviço delas, têm que olhar, agora, pelos filhos delas como eu fiz por elas e, graças a Deus fizeram delas alguém”.

Na questão da adaptação, frisou que não sentiu dificuldades, alegando que já sabia como era, porque tinha frequentado um Centro de dia.

### **Caso n.º 5**

A D. Fernanda tem 71 anos, é viúva tem três filhas e encontra-se a residir no Lar de Santo António há um ano e seis meses. Durante a vida ativa foi doméstica e trabalhou na agricultura como meio de subsistência.

Devido a um acidente vascular cerebral (AVC) encontra-se numa cadeira de rodas e necessita de ajuda para todas as atividades da vida diária. Ao ser questionada porque é que tinha ido viver para o Lar, alegou que tinha sido por sugestão das filhas. Antes de ir para o Lar estava em casa da filha mais velha “porque eu já não podia trabalhar por causa da trombose”, mas como era só uma das filhas é que cuidava, porque as outras encontram-se a residir na França, por consenso de todas decidiram institucionalizar a mãe. “Foram elas que me disseram, porque elas como não tinham vida, não tinham tempo de me zelar. E uma, só uma é que está cá, o mais as outras não estão cá!” A este respeito a D. Fernanda refere “olhe as nhas filhas não me podiam ter em casa, porque duas andam lá para fora e a mais velha sozinha também não podia”.

A D. Fernanda referiu que teve alguma dificuldade em se adaptar ao Lar fundamentando a sua resposta no facto, de em casa se sentir mais à vontade.

### **Caso n.º 6**

O Sr. Manuel, tem 81 anos é casado tem uma filha e encontra-se a residir no Lar de Santo António. É iletrado e durante a vida activa foi pedreiro. Tem dificuldade na marcha, devido a um problema de saúde que teve nos pés (mas que não consegue explicar), necessita de ajuda apenas para tomar banho. Antes de ir para o Lar vivia com a mulher em casa, o principal motivo pelo qual foi para o Lar, diz ter sido devido “aos micróbios que tinha nos pés”. O Sr. Manuel frisa “a minha mulher não se atrevia, ainda andou meio ano comigo em casa mas viu-se à rasca comigo, não se atrevia comigo, eu era muito forte. Então, foi a minha mulher que pediu ao primo, o primo mexeu a coisa e eu vim para aqui (...), eu soube de tudo”. No entanto, antes de ir definitivamente para o Lar, o Sr. Manuel, ao longo da entrevista,

refere que primeiro frequentou o Centro de dia. No que diz respeito à adaptação o Sr. Manuel diz “Não foi nada difícil para mim, nada. Adaptei-me bem, a minha mulher até julgava que eu me ia criar problemas e, coisa e tal e, eu disse-lhe: «Não te atrapalhes, que isso é comigo», ela ficou pasma, quando viu que eu me sinto bem. A malta aqui também se sente bem comigo (...). Ela ficou muito admirada, muito admirada, pois ficou! Para mim nada foi difícil.”

### **Caso n.º 7**

A D. Isabel tem 80 anos é viúva tem uma filha e um filho e encontra-se a residir no Lar de Santo António há um ano e meio. Não frequentou a escola e durante a vida ativa trabalhou na vida doméstica e na agricultura, como forma de subsistência, aliás atividades que desenvolveu até à entrada no Lar: “Trabalhava no campo, que ainda trabalhava muito, e zelava a minha casa. Mas deu me isto e fiquei assim. Tinha muitos amigos. De vez em quando eles ( refere-se aos vizinhos) vêm, mas têm a vida deles, é assim, é assim a vida.”

Em termos de saúde está “quase cega” e devido ao facto de ter sido vítima de um AVC, apresenta dificuldades na marcha, por essa razão usa uma bengala, precisa de ajuda nas atividades da vida diária, exceto para se alimentar.

Quanto ao motivo porque está no Lar diz: “Eu vim para o Lar por causa de ter batido um derrame no meu home e ele morreu e eu fiquei sozinha. Há um ano e meio que me bateu isto, e os meus filhos trouxeram-me para aqui. Andam todos lá fora, não tenho ninguém”.

À semelhança do residente do caso n.º 2, também veio diretamente do hospital para o Lar, no entanto, diz não ter tido conhecimento da decisão dos filhos e alega: “Eu não tinha para onde ir, eu não estava em ação de dizer nada, porque cheguei inutilizada do corpo, fiquei sem forças. Agora já me sinto melhor, mas obrigaram-me a vir para aqui, porque não tinham para onde me deitar”.

A D. Isabel não conseguiu fazer uma avaliação da sua adaptação ao Lar dizendo que: “Não me lembro quando vim para aqui, já vinha passada da vida. Fui para o hospital tive lá oito dias e depois é que me trouxeram para aqui. Mas eu vinha trespassada eu não sabia o que fazia, eu não via nem nada”. No entanto, disse-nos que se sente bem no Lar embora, “nunca saía daqui”, o que nos leva a concluir que talvez sinta falta do convívio em sociedade.

### **Caso n.º 8**

A D. Teresa tem 83 anos é viúva, não tem filhos e encontra-se a residir na Santa Casa da Misericórdia da Figueira da Foz há nove meses. Não frequentou a escola, trabalhou como

doméstica e em paralelo na agricultura. Aparentemente, sem nenhum problema de saúde, refere sofrer de obstipação; não necessita de ajuda para as actividades da vida diária. Antes de vir para o Lar vivia sozinha na sua casa e fazia todas as actividades instrumentais da vida diária. Aluiu que veio para o Lar por iniciativa própria, embora tenham sido duas sobrinhas que procederam à inscrição. O principal motivo porque veio para o Lar foi porque estava sozinha: “vim para o Lar porque estava sozinha, morreu-me as minhas irmãs todas, o meu pai, a minha mãe, o meu marido, (...)”. as minhas irmãs todas, o meu pai, a minha mãe, o meu marido (...)”. A D. Teresa acrescenta: “Primeiro estive cá um ano, depois fui-me embora, depois andei dois anos e meio na carrinha a vir todos os dias, depois estou cá há nove meses a dormir (...), porque aborreci-me de estar sozinha, a modo que fiquei um bocado fraca, e depois vim para cá outra vez”. Refere ainda que veio de livre vontade, mas foram as sobrinhas que trataram de tudo. No que concerne à adaptação, refere ter sido difícil porque: “pegaram-me na roupa toda e levaram-me para lavar, e agora tem faltado”, por outro lado, “ eu estava habituada a comer legumes e aqui não dão legumes, é só batatas e batatas e puré de batata”, mas sobretudo porque “senti amor à minha casa e ao meu cãozinho (chora) que eu tinha, criava galinhas, uns coelhos, entretinha-me assim. (...) E sinto falta disso, aqui não tenho com que entreter”. Das palavras da D. Teresa retiramos a ilação que a sua adaptação ao Lar não foi fácil, porque na instituição não desempenha nenhuma actividade instrumental da vida diária, e uma vez que manteve uma vida activa até à entrada no Lar, sente falta da sua rotina diária, e dos seus pertences, que teve que deixar.

### **Caso n.º 9**

A D. Fátima tem 80 anos é viúva, tem uma filha e três filhos e encontra-se a residir no Lar da Santa Casa da Misericórdia da Figueira da Foz à três anos e seis meses. Tem o quarto ano de escolaridade e trabalhou durante a sua vida activa como empregada doméstica na França. Manifesta dificuldade na marcha, que alega ser um problema da idade, só necessita de ajuda no banho.

A decisão de ir para o Lar foi imposta pelos filhos. A D. Fátima explica: “o meu marido faleceu e eu tinha e tenho quatro filhos. Eles estão lá na França. Vieram ao enterro do pai e depois disse um assim para os irmãos: pronto está tudo arranjado falta o problema da nossa mãe. E a minha filha disse: a mãe para minha casa não pode ir, porque não tenho quarto para ela. Numa casa havia sempre um cantinho em qualquer lado nem que fosse no chão ( chora muito), mas ela não quis e os irmãos disseram: se a mãe não vai para tua casa também não vai

para casa de nenhum, não era esse o meu pensamento; o meu pensamento era ir com os meus filhos, era ir uma semana ou um mês para cada um porque eles estão perto uns dos outros. Eles não aceitaram fecharam-me as portas (chora) e eu resolvi vir para aqui. Olhe, ao menos aqui tenho com quem falar, tenho comer à hora, tenho cama para dormir e se for preciso tenho médico e, resolvi assim”. Ao longo da entrevista ficamos a saber que a D. Fátima não foi logo para o Lar após a morte do marido, tendo ficado a viver dois anos sozinha em sua casa, mas contava com a companhia de uma senhora durante a noite. No entanto, como essa senhora arranhou outro trabalho, e perante a recusa dos filhos de a terem consigo, colocou-se a possibilidade (não desejada) de ir para o Lar.

“ Ela ( fala da filha) de vez em quando vem cá, no domingo passado não veio, mas para o domingo que vem é capaz de vir. Mas veio o meu irmão, veio o meu cunhado e a minha irmã. Ao domingo só ao domingo. Os outros ( refere-se aos outros filhos que são emigrantes) esses telefonam me sempre, uma ( refere-se a uma neta) vai casar para o mês que vem, em França, vai lá casar, já me disse se quiser para lá ir. Eu, deus me livre, andar ao jogo do empurra. Façam lá o que eles quiserem, comam, bebam, que para mim já está feito. Se fosse aqui ia, porque já fui ao batizado de dois bisnetos. onde é que eu ia, tão longe? Mas o outro, o mais velho, o que me pôs aqui nunca mais cá veio ver –me”.

Talvez por estar no Lar contra a sua vontade, quando lhe perguntamos sobre a adaptação ao lar respondeu-nos com a seguinte frase: “Tenho que amar a sorte que Deus me deu. Foi esta”.

## **Caso n.º 10**

A D. Glória tem 85 anos é viúva, tem uma filha e um filho e encontra-se a residir no Lar da Santa Casa da Misericórdia da Figueira da Foz há três anos. Tem uma formação superior e durante a sua vida ativa foi professora do primeiro ciclo. Manifesta dificuldade em andar, alega que sente “um certo desequilíbrio” e tem problemas de hipertensão, colesterol e visão. No entanto, não necessita de ajuda nas atividades da vida diária, referindo: “não peço socorro a ninguém, graças a Deus, para me levantar, para me deitar, para tomar banho, para comer, para tudo, qualquer coisa”.

Antes de vir residir para o Lar vivia em casa própria com um filho, aluiu ter ido para o Lar “porque tinha um filho alcoólico e que me maltratava, e que várias vezes me pôs em risco de vida, não foi possível sair dessa situação. Ninguém me garantia, faziam-lhe o tratamento e voltavam-no a trazer, o que o fazia ainda mais furioso. De maneira que achei que devia deixá-

lo ficar entregue à Segurança Social, ao Apoio Domiciliário e vim para aqui, assim. Fui eu que tive a iniciativa e cuidei de tudo. Tenho uma filha mas vive no Alentejo. Não tinha vizinhas, a casa era completamente rodeada por um quintal, não tinha vizinhança. Vizinhos, vizinhos não tinha ninguém, mas tinha do outro lado da rua uma pessoa idosa como eu”.

A adaptação da D. Glória foi um “bocadinho difícil”, porque estava habituada a auto gerir-se, no entanto, alega: “eu fui educada num colégio de freiras com um rigor extraordinário nesse tempo, e portanto, estou habituada à disciplina, uma vez que as regras são estas, eu só tenho que aceitar, sempre assim fiz durante toda vida, estou muito habituada à disciplina e é o que sei mais do que mandar”.

### **Caso n.º 11**

A D. Madalena tem 83 anos é solteira, não tem filhos e encontra-se a residir no Lar da Santa Casa da Misericórdia da Figueira da Foz há seis meses. Possui um nível académico superior e durante a sua vida ativa foi enfermeira. Não manifesta problemas de saúde, aparentemente é uma pessoa cheia de vitalidade, não necessita de qualquer ajuda nas atividades da vida diária.

Alega que a decisão de ir residir para o Lar deve-se ao facto de ter começado a sentir medo durante a noite, uma vez que vivia sozinha: “comecei a pensar, bem, aqui não podes ficar porque não podes estar atida à tua irmã, que embora aposentada, tem a filha e os netos, ou à vizinha.. Não; então pensei que tinha que vir para o Lar, foi sempre a minha ideia Porque vivia sozinha, porque não me sentia bem, durante o dia não tinha medo, mas chegava-se o fim do dia e o meu coração ficava triste como a noite. Porque não me valia a mim nada ter um telemóvel e um telefone fixo, se eu perdesse a voz que me valia! O que valia a mim ter uma campainha na porta, se não tivessesse fala não respondia! Um gatinho que anda-se lá no telhado, de noite eu punha-me logo alerta, então comecei a pensar nisso a sério como não tenho filhos, consultei algumas pessoas de família, inclusivamente essa minha irmã mais nova”. Embora tenha sido aconselhada a não ir para o Lar argumentou: “eu quero ir pelo meu pé, quero saber para onde vou e, quero ver como é que lá se passa dentro, que os lares não têm boa fama em parte nenhuma eu sei, são um armazém para a gente morrer ali sózinhos”.

Podemos afirmar que a adaptação não está a ser fácil, uma vez que ainda só passaram seis meses desde o internamento, pois no discurso da D. Madalena notamos um forte descontentamento com o desempenho das funcionárias. “Primeiro o pessoal não está todo preparado, eu estou-lhe a falar com o coração nas mãos, não está todo preparado para isto, isto

não é só rosas. É duro, estar dependente de outrem. Esse, outrém, que não nos conhece, nem as conhece, nem a ninguém ”.

### **Caso n.º 12**

A D. Graça tem 81 anos de idade, é viúva tem três filhos e uma filha e encontra-se a residir no Lar da Santa Casa da Misericórdia da Figueira da Foz há um ano e dez meses. Possui o quarto ano de escolaridade e durante a sua vida ativa exerceu a profissão de cozinheira. Tem dificuldades em andar e por vezes usa uma bengala, não necessita de ajuda nas atividades da vida diária.

O primeiro motivo porque foi residir para o Lar foi a doença do marido, pois este estava doente e ela não tinha condições para cuidar dele sozinha, e também, segundo, a mesma, a casa onde viviam tinha muitas escadas o que era muito difícil para o marido. Desta forma, através de um dos filhos foram ambos os elementos do casal para o Lar. Diz que não ficou em casa porque o marido estava doente, “e o Senhor disse: quem quer ser meu discípulo descalce as sandálias e siga-me”, por este motivo também foi com o “Companheiro de uma vida” para o Lar, depois acrescenta: “o meu marido morreu, e eu tinha três filhos e uma filha muito bons, mas está tudo empregado e eu para ficar sozinha ficava mal e resolvi ficar aqui”. A opção de ficar a viver no Lar foi, claramente, sua, referindo que “eu tinha razões para estar em casa deles mas comecei a pensar, hoje estou aqui, amanhã estou ali, eles gostam de dizer tudo, vão onde querem e, não dão saber, vamos aqui, vamos ali. Claro, estou bem, sinto-me bem, dou-me bem com toda agente, prefiro estar aqui”.

No que diz respeito à adaptação refere que não sentiu problemas porque, diz: “estou retirada, até faz de conta que é um apartamento que eu tenho”, e acrescenta: “estou bem, sinto-me bem, dou-me bem com toda agente, quando se dá à educação tem educação ”, no entanto frisa que “Há umas faltazitas que agente nota, às vezes faltas de respeito nas raparigas, mas temos que nos calar. A gente dá-se com todos, mas temos de ter calma, não as conhecemos”.

### **Caso n.º 13**

A D. Nilce tem 84 anos de idade, é viúva, tem dois filhos e encontra-se a residir no Lar da Santa Casa da Misericórdia da Figueira da Foz há sete meses. Não frequentou a escola e durante a sua vida ativa foi vendedora de pão nas feiras. Manifesta problemas de audição, mas de uma forma geral diz sentir-se bem, não necessita de ajuda nas atividades da vida diária.

Quando lhe fizemos a pergunta porque tinha vindo viver para o Lar respondeu que foi devido à morte do marido, pois até à data do falecimento do marido estava em casa com este e depois ficou sozinha. Ao longo da entrevista tivemos conhecimento que após a morte do marido foi algum tempo para casa dos filhos, mas como refere: “não me dava bem com as minhas noras, não gostava de andar a mando delas. Eu é que quis vir para aqui”. O principal motivo que impulsionou a decisão de ir para o Lar e não ficar em casa dos filhos, diz ter sido: “a minha nora queria o ordenado todo, do meu marido, da França, e eu fui e disse-lhe que não, também gostava que fosse para o outro. Mas eu é que quis vir e estou aqui bem ”.

Relativamente às visitas, “ um ( refere se a um filho) vem buscar me todos os sábados, para eu ir a casa e janta mais eu e faz um trabalhito lá no quintal e depois vem-me trazer á noite. São muito meus amigos. A minha nora como eu não quis ficar em casa dela, ainda não me veio ver, já estou aqui há sete meses e ainda cá não veio ver –me, o meu filho vem cá todos os sábados, mas ela nunca veio, mas a minha nora não se incomoda que o meu filho venha cá, que me venha buscar e levar. Mas ela tem capricho dela, de eu não querer ficar com ela.

Alega não ter sentido grande dificuldade na adaptação, exceto que sente muita falta do marido. Porém referiu que quando foi para o Lar uma funcionária deu-lhe banho, mas “parece que tenho vergonha (riu-se) e depois ainda dou banho sozinha”. O que significa no que se refere à higiene íntima a D. Nilce não se adaptou, preferindo ser ela a realizá-la.

## PARTE III - ESTUDO EMPIRÍCO

### Capítulo 8 - Análise dos dados

#### 8.1 – Processo de decisão inerente à institucionalização

Embora a família continue a ser um meio de contato e interação, por vezes vê-se privada, pelas razões já oportunamente enunciadas, de cuidar dos seus idosos, nos modelos tradicionais (entrajuda movida pelo sentimento de afetividade e obrigatoriedade).

Os mecanismos de proteção social e dos apoios sociais, tais como Lares, surgem como agentes alternativos à família e que se comprometem a garantir as necessidades alimentares, de saúde e acompanhamento lúdico. Porém, estes equipamentos são sempre percecionados com algum ceticismo pelos mais velhos devido à “carga pejorativa que se continua a atribuir aos antigos asilos e hospícios, que em muitos casos ainda persiste ou de alguma forma continua a envolver os lares ” (Lopes, 2013). “os lares não têm boa fama, em parte nenhuma (...),um armazém para agente morrer ali sozinhos (...)” (Caso n.º 11).

Face ao exposto, deve-se ter em conta que a grande maioria das pessoas, não deseja ingressar neste tipo de instituições. Quando o fazem, em grande parte dos casos, é porque se esgotam as possibilidades de viver em outras circunstâncias.

##### 8.1.1. Motivos inerentes ao processo de decisão

Na ótica de Pimentel, (2002), se é verdade que a perda de autonomia física é um fator determinante na opção do internamento, e que muitos dos idosos que residem nos Lares são fisicamente dependentes, o facto é que, associados a esta dependência física, surgem outros fatores que condicionam mais fortemente a decisão.

“Eu perdi as pernas, não podia estar em casa (...) como sou uma pessoa muito pesada a mulher não conseguia tratar de mim sozinha e os filhos têm a vida deles, alguns estão lá para fora.” (Caso n.º 2)

“A minha mulher não se atrevia, ainda andou meio ano comigo em casa mas viu-se à rasca comigo, não se atrevia comigo, eu era muito forte.” (Caso n.º 6)

Na aceção de Lopes, (2013) “os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão do

internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social”.

“Eu vim para o Lar por causa de ter batido um derrame no meu home e ele morreu e eu fiquei sozinha. Há um ano e meio que me bateu isto, e os meus filhos trouxeram-me para aqui. Andam todos lá fora, não tenho ninguém.” (Caso n.º 7)

“ Porque vivia sozinha, porque não me sentia bem, durante o dia não tinha medo (...), mas chegava-se o fim do dia e o meu coração ficava triste como a noite. Um gatinho que anda-se lá no telhado, de noite eu punha-me logo alerta, então comecei a pensar nisso a sério (...). Porque aquilo que nós vemos e ouvimos por aí não se pode estar descansado (...) e eu vim para aqui, vim para o Lar, precisamente porque estava sozinha e tinha medo. Porque não me valia a mim nada ter um telemóvel, e um telefone fixo, se eu perdesse a voz que me valia a mim? O que valia a mim ter uma campainha na porta, se não tivesse fala não respondia.” (Caso n.º 11)

À luz de Sousa et al (2004), existem mais três fatores de risco que dão origem ao internamento em Lar. O primeiro está relacionado com a situação de uma viuvez recente, em que o cônjuge tem dificuldade em se habituar a viver sozinho, desenvolvendo o medo da possibilidade de lhe acontecer algo, e não ter ninguém para o socorrer, “preferia estar na minha casa mas estava sozinha e, ficar lá sozinha, não. Aqui está sempre alguém se eu precisar.” (Caso n.º3), “vim para o Lar porque estava sozinha, morreu-me as minhas irmãs todas, o meu pai, a minha mãe, o meu marido (...)” (Caso n.º 8)

O segundo fator está relacionado com o surgimento de uma doença, que impede o idoso de regressar à sua casa. “Eu perdi as pernas, não podia estar em casa. (...) Quando eu vim na ambulância vim logo direto para aqui, já não fui para casa (...) (Caso n.º 2)

O último fator, abordado pela autora, prende-se com a localização da casa, que por vezes, pode estar longe de infraestruturas essenciais como Centro de Saúde, instituições bancárias, supermercado e/ou farmácia ou afastada da residência dos filhos. “Tenho uma filha mas vive no Alentejo” (Caso n.º 10), “para ir para os meus filhos não, porque estão longe ...” (Caso n.º 13)

Da análise da nossa amostra, podemos concluir que os motivos que impulsionaram a decisão de ir residir para o Lar, tem como denominador comum, os idosos não ficarem sozinhos em casa, por medo que lhes aconteça alguma coisa e não terem quem os socorra.

Contudo, podemos afirmar que a situação familiar, tem um grande peso na ida para o Lar, nomeadamente quando falamos de viuvez, nunca ter casado, inexistência de filhos, distância geográfica dos filhos, acompanhamento do cônjuge e desavenças familiares, “olhe

as minhas filhas não me podiam ter em casa, porque duas andam lá para fora e a mais velha sozinha também não podia” (Caso n.º 5), “porque tinha um filho alcoólico e que me maltratava, e que várias vezes me pôs em risco de vida” (Caso n.º 10), “não me dava bem com as minhas noras (...) não gostava de andar a mando delas”. (Caso n.º 13)

### **8.1.2 - Agentes inerentes ao processo de decisão**

Os membros da família assumem determinados papéis em consequência do seu processo de socialização e necessidades e expectativas da família. Um dos possíveis papéis passa pela tomada de decisões ou solucionar problemas (Lopes, 2013).

“tenho um filho que está lá na França que veio cá ao enterro do pai e depois disse assim para os irmãos: «pronto está tudo arranjado falta o problema da nossa mãe». E a minha filha respondeu: «a mãe para minha casa não pode ir, porque não tenho quarto para ela». Numa casa havia um cantinho em qualquer lado nem que fosse no chão (chora muito), mas ela não quis e os irmãos disseram: «se a mãe não vai para tua casa também não vai para casa de nenhum». E prontos, assim se arranjam ...” (Caso n.º 9)

Quando o assunto passa por identificar quais os agentes que têm influenciaram e/ou decidiram pela institucionalização em Lar, podemos referir que, à luz da nossa amostra, na maioria dos casos essa iniciativa parte dos filhos. Porém, a perceção que os idosos têm de que seriam uma sobrecarga para os filhos, perante a indisponibilidade que estes têm para cuidar deles, permite que os idosos aceitem, por vezes, de forma tranquila, o internamento em Lar.

“Foram as minhas filhas é que disseram para eu vir para o Lar e eu olhei, em como elas não podiam. Então, elas estavam empregadas no escritório, iam deixar (...) para tomar conta de mim?! Acho que não! Quer dizer, estava a estragar a vida delas! Eu trabalhei muito para elas terem o cursozinho, conseguirem ser alguém na vida. De maneira que eu disse-lhe que vinha para o Lar que elas quisessem e vim e venho até que morra. (...) Agente faz tudo pelos filhos, agora os filhos não devem fazer mais do que aquilo que podem. São escriturárias, é o serviço delas, têm que olhar, agora, pelos filhos delas, como eu fiz por elas e, graças a Deus fizeram delas alguém.” (Caso n.º 4)

Conclui-se que a institucionalização emerge, em grande medida, do desejo de preservar a independência dos filhos. No entanto, Marques (2001) também refere que o recurso à institucionalização não ocorre apenas porque a pessoa idosa não quer impor a sua presença mas porque tem consciência de que os seus filhos também não estariam dispostos a assumir o encargo de cuidar deles.

“Foram elas, que me disseram, porque elas como não tinham vida, não tinham tempo de me zelar. E uma, só uma é que cá está, o mais as outras não estão cá.” (Caso n.º 5).

No entanto, a decisão também pode partir do próprio idoso, sem existir qualquer pressão por parte dos familiares. De acordo com o nosso estudo podemos constatar que os motivos são de várias ordens. “Eu pedi ao meu sobrinho, e ele não concordou! Disse: «vem para minha casa, a tia vai agora para o Lar! Temos aquele quarto e você fica lá», Disse-lhe que não queria” (Caso n.º 3). “Fui eu que tive a iniciativa, e que cuidei de tudo, (...) achei que era a hora, ...” (Caso n.º 10), “comecei a pensar, bem (...), aqui não podes ficar porque não podes estar atida à tua irmã, que embora aposentada, tem a filha e os netos, ou à vizinha (...). Não; então pensei que tinha que vir para o Lar foi sempre a minha ideia (...) eu quero ir pelo meu pé, quero saber para onde vou, e quero ver como é que lá se passa dentro” (Caso n.º 11).

Face ao exposto, os agentes que contribuem ou influenciam na decisão de ir residir para um Lar podem ser vários, dependendo da situação específica de cada idoso. De acordo com a nossa amostra, podemos concluir que os agentes que mais peso tiveram, na maioria dos casos, foram os filhos.

Contudo, não podemos afirmar que tenha sido uma decisão imposta, tendo-se verificado apenas dois casos em que os filhos impuseram às idosas que fossem para o Lar.

Noutros casos os filhos sugeriram e os idosos concordaram com a sugestão como sendo inevitável. Por outro lado, também nos foram relatados exemplos, em que a decisão foi espontânea, ou seja, partiu da própria pessoa idosa.

## **8.2 - Implicações inerentes ao processo de institucionalização**

Para Santos & Encarnação (1998), o processo de institucionalização espalha a vida do homem em inúmeras «prateleiras», que fomentam a indiferença nas relações íntimas da solidariedade e provoca profundas censuras nos modos de vida dos indivíduos, uma vez que os organiza administrativamente e de forma «atomizada».

### **8.2.1 - Fase de integração/ adaptação e participação**

É consensual a ideia de que quando as pessoas idosas vão residir para os Lares se verifica uma separação com o seu meio natural de vida, que exige uma “adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos «lar», mas que no mínimo implica um processo de

apropriação, ligação e identidade relativamente longo, até que possa de facto ser o «lar» do idoso” (Lopes, 2013).

No entanto, podemos concluir da análise da nossa amostra que a adaptação se caracteriza por ser diferencial, ou seja, varia de pessoa para pessoa, de acordo com a sua trajetória de vida e expectativas em relação à institucionalização. Por outras palavras, a adaptação à vida institucional é percebida de forma diferente, pelos idosos.

Existem testemunhos que demonstram que os residentes sentiram dificuldades em adaptar-se. “Muita tristeza, (...), estava habituada a estar em casa (...) não é fácil deixar aquilo que é nosso, (...) eu estava habituada a estar em casa (pausa) a organizar-me à minha maneira e depois mudei” (Caso n.º 1).

Por outro lado, podemos constatar alguns casos de idosos que consideram que é de facto necessária uma adaptação, assumindo uma postura passiva e de resignação, perante o funcionamento do Lar mas, que podemos interpretar como uma adaptação, por “Não tive dificuldade em me adaptar às regras, mudaram-me para aqui e eu fiquei aqui logo. Sabe Deus (emociona-se e os olhos enchem-se de lágrimas). Se eu não ficasse, ia para muito mais longe, e aqui fiquei mais pertinho” (Caso n.º 2).

“Tenho que amar a sorte que Deus me deu. Foi esta, ...” (Caso n.º 9) ... “eu fui educada num colégio de freiras com um rigor extraordinário nesse tempo, e portanto, estou habituada à disciplina, uma vez que as regras são estas, eu só tenho que aceitar, sempre assim fiz durante toda vida, estou muito habituada à disciplina e é o que sei mais do que mandar “ (Caso n.º 10).

Contudo, se alguns idosos sentiram problemas, também existem relatos de pessoas idosas que não tiveram qualquer dificuldade em se adaptar à organização institucional. “Estou aqui há dois anos e meio, é sempre diferente, não é? Na nossa casa fazemos as coisas à nossa maneira, bem ou mal! Aqui, já não é assim! Com o tempo habituamo-nos, mas não foi difícil” (Caso n.º 3). “Não foi nada difícil para mim. Nada! Adaptei-me bem, a minha mulher até julgava que eu me ia criar problemas e, coisa e tal e, eu disse-lhe: «Não te atrapalhes, que isso é comigo». Ela ficou pasma, quando viu que eu me sinto bem. A malta aqui também se sente bem comigo (...). Ela ficou muito admirada, muito admirada, pois ficou! Para mim nada foi difícil” (Caso n.º 6).

Face ao exposto, podemos concluir que o processo de adaptação envolve várias fases, ou seja, é evolutivo e permite ajustamentos e mudanças. Uma das condições base para mitigar os sentimentos de insegurança perante um novo ambiente e proporcionar uma melhor adaptação, passa por elaborar um processo de admissão e acolhimento, onde seja explicado ao novo

residente o cotidiano do Lar, designadamente normas de funcionamento, horários e atividades, assim como também ser-lhe dada a possibilidade de participar no seu plano de cuidados (Lopes, 2013).

Porém, nas palavras de Goffman (2010) “a pessoa idosa não é verdadeiramente acolhida num espaço onde lhe é dada a palavra, onde a sua história pessoal, as suas fraquezas e as suas forças, os seus desejos e aspirações são tidos em conta, é como que transformada em objeto de prestação de cuidados perdendo a condição de sujeito capaz de decidir a sua própria vida”.

“Não, não escolhi nada, quando cheguei, arranjaram-me tudo e puseram-me onde lá entenderam” (Caso n.º 1). “Não, me disseram nada e também não escolhi nada. Se me tivessem pedido opinião, eu escolhia. O que é que eu não escolhi, e puseram-me numa camarata de quatro camas e, passamos a ser cinco. Cinco camas!? Por isso é que eu chamo uma camarata, um quarto é de duas camas. Duas camas é que é um quarto, quatro é uma camarata. Quer dizer que chegamos a ser cinco camas, depois reduziram para quatro, onde estamos. Porque mudaram as velhas lá para onde nós estávamos e, nós mudamos para o quarto das velhas, que é mais espaçoso. (...) preferia duas camas, é bem melhor; desde que se entendam bem, é bem melhor. Se se entendem bem, é bem melhor do que quatro” (Caso n.º 6). Podemos constatar que em nenhuma das instituições, onde se encontram a residir os elementos da nossa amostra, lhes foi explicado o funcionamento do Lar, assim como também não lhes foi dada a possibilidade de participar no seu plano de cuidados.

### **8.2.2 – Implicações ao nível das relações familiares**

De acordo com Pitrou “o apoio por parte dos serviços públicos vem substituir os laços familiares e a criação de equipamentos específicos para cada grupo etário, vem fomentar a segregação desses mesmos grupos e reforçar o afastamento entre gerações” (citado in Pimentel, 2002).

De uma forma geral, através da análise dos depoimentos da nossa população alvo, não se verificou um afastamento ou rutura com os elementos da família depois da institucionalização.

“Ela (fala da filha) de vez em quando vem cá, no domingo passado não veio, mas para o domingo que vem é capaz de cá vir. Mas veio o meu irmão, veio o meu cunhado e a minha irmã. Ao domingo, só ao domingo. Os outros (refere-se aos outros filhos que são emigrantes) esses telefonem-me sempre, uma (refere-se a uma neta) vai casar para o mês que vem, em França, vai lá casar, já me disse se eu quiser para lá ir. Eu, Deus me livre, andar ao jogo de

empurra. Não façam lá o que vocês quiserem, comam e bebam, que para mim já está feito. Se fosse aqui ia, porque já fui ao batizado de dois bisnetos. Onde é que eu ia, tão longe?” (Caso n.º 2)

Embora, tenhamos constatado que algumas relações ocorrem esporadicamente, o principal motivo não se deve à institucionalização do idoso mas, de uma forma particular, ao distanciamento geográfico ou ainda, devido à vida quotidiana dos familiares. O ritmo de vida que se pratica atualmente, é de tal modo acelerado que não há tempo para cuidar dos familiares idosos.

E por isso se diz” hoje que as sociedades modernas excluem por falta de tempo” (Marques, 2001). “A minha mulher vem cá ao domingo com a minha filha, que bem quase sempre ao domingo, às vezes falha, mas a quase sempre vem ao domingo. A minha mulher vem de bicicleta, é à quinta-feira, vem de bicicleta, porque ela mora aqui pertinho. (...) às vezes vou a casa, e venho só no domingo à tardinha.” (Caso n.º 6)

“A minha filha nem sempre cá vem, porque trabalha até tarde, depois vai tratar da vida dela, ainda vai para casa fazer comer, tratar da roupa, (...) à semana, só vem por aqui de vez enquanto Os outros também vêm e os meninos, não vêm quando eu quero, mas eles estão-me sempre a chamar.” (Caso n.º 12), “um (refere-se a um filho) (...) vem-me buscar todos os sábados, para eu ir a casa, e janta mais eu e faz um trabalhito lá no quintal e depois vem-me trazer à noite, são muito meus amigos.” (Caso n.º 13)

Apenas dois elementos da nossa amostra referiram ter passado por uma situação de rutura familiar depois do processo de institucionalização. “ Mas outro [refere-se ao filho], o mais velho, o que me pôs aqui, (...) nunca mais cá veio ver –me” (Caso n.º 9). “A minha nora como eu não quis ficar em casa dela (...) ainda não me veio ver, já estou aqui há sete meses e ainda cá não me veio ver, o meu filho vem cá todos os sábados, mas ela nunca veio. (...) mas a minha nora não se incomoda que o meu filho venha cá, que me venha buscar e levar. Mas ela tem aquele capricho dela, de eu não querer ficar com ela” (Caso n.º 13).

Apesar destas situações, não se pode afirmar que houve uma rutura dos laços familiares, uma vez que os idosos continuam a ter contato com todos os outros elementos da família. De salientar, que o tipo de trocas que mais se evidenciam é do tipo afetivo, isto é, o apoio emocional que se traduz na troca de afetos e apoio moral. No entanto também podemos constatar uma situação em que se verifica, além do relacionamento afetivo, a dependência financeira da idosa em relação às filhas que se traduz no pagamento dos serviços do Lar. “Sim, elas são muito nhas amigas, quando elas têm tempo costumam cá vir. Uma é que cá vem, a que cá está, é que vem cá todos os sábados. Às vezes vem do trabalho por aqui, é

muito nhá amiga. Ela leva-me às vezes fico lá uma noite e depois ela vem-me trazer de manhã. Uma teve cá o mês de agosto e veio, cá todos os dias. Só uma é que cá está, o mais as outras não estão cá (refere-se às filhas). Mas aquelas que não estão cá pagam o mês à mais velha. São as minhas filhas que pagam, eu não tinha dinheiros para isso.” (Caso n.º 5)

A interação com os familiares revela-se uma das condições mais importantes, pois este é um dos principais fatores para que a pessoa idosa participe e mantenha uma vida social, após a institucionalização. De acordo com a nossa amostra, o tempo de institucionalização não contribui para que se verifique um desvanecer nos relacionamentos familiares dos idosos.

### **8.2.3 – Implicações ao nível das relações sociais**

As visitas e a procura de informação são cada vez menos frequentes à medida que o tempo de institucionalização aumenta, designadamente o contacto e apoio social, isto é, amigos e vizinhos.

Através da análise dos depoimentos dos idosos, podemos constatar no que diz respeito ao contacto com os amigos e vizinhos este pode-se traduzir por esporádico ou mesmo inexistente. Contudo, a ausência destes laços de amizade e vizinhança não foi consequência do processo de institucionalização, pois no período anterior à entrada no Lar, estas relações já não se verificavam. “De vez em quando eles (refere-se aos vizinhos) vêm, mas têm a vida deles, é assim, é assim a vida” (Caso n.º 7). “Não tinha vizinhas, a casa era completamente rodeada por um quintal, não tinha vizinhança. Vizinhos, vizinhos não tinha ninguém, mas tinha do outro lado da rua uma pessoa idosa como eu” (Caso n.º 10).

No que concerne à criação de novas relações dentro do Lar, os elementos da nossa amostra referem existir um ambiente pacífico que se pauta por um relacionamento de respeito mútuo. No entanto, existe um sentimento nítido de que esse relacionamento não se reflete numa lógica afetiva mas antes instrumental, ou seja, restringe-se à prestação de serviços e não ao sentimento de amizade e partilha de problemas pessoais, “ dou-me bem com elas todas e eu sou uma pessoa de fácil convívio. Mas agora agente à medida que a idade avança vai perdendo algumas faculdades, e não sente necessidade de se abrir, porque abrir com uma pessoa estranha, porque são todos aqui estranhos, não é? Sobre os nossos problema, sobre os problemas que me afligem, problemas familiares, sobretudo de modo que eu não tenho quem possa compreender, com quem, digamos partilhar as apreensões que sinto, as preocupações” (Caso n.º 10). “É duro, estar dependente de outrem. Esse, outrém, que não nos conhece, nem

as conhece, nem a ninguém” (Caso n.º 11). “Agente dá-se com todos, mas temos de ter calma, não as conhecemos” (Caso n.º 12).

Os depoimentos anteriores, permitem-nos perceber o sentimento que existe da parte dos idosos em relação às funcionárias e/ou dirigentes. Porém, o mesmo se verifica em relação aos residentes uns para com os outros, “tenho uma companheira, que é muito esquisita. Todos temos o nosso feitio. Já caí duas vezes da cama a baixo, chamei meninas para as ajudar a levantar; já foi duas vezes para Coimbra por causa dos diabetes, e chamei mais duas meninas! Ela quer alguma coisa, eu tenho-lhe feito aquilo que tenho podido, e ela não agradece nada! Eu não quero que ela me agradeça nada, sabe? Eu, quero o bom modo e o bom carinho, e ela é altiva, tanto que está a jogar o dominó, sozinha, ninguém quer jogar com ela. Às vezes eu quero falar, e ela diz «Credo, está sempre a falar» ” (Caso n.º 8)

Podemos afirmar que com a vida institucional se verifica uma menor intensidade nas relações sociais (amigos e vizinhos), comparativamente com as relações familiares, sendo aos principais argumentos a inexistência de vizinho e/ou a indisponibilidades destes.

No entanto, estas não são substituídas pelas novas relações que se estabelecem no convívio diário no Lar, porque a estas é atribuído apenas um carácter instrumental.

#### **8.2.4 – Implicações na vida social**

Todas as pessoas estão inseridas num determinado espaço, criam os seus hábitos/preferências, adotam e transformam o seu espaço, possuem alguns objetos pessoais e constroem a sua rede de relações. A perda (total ou parcial) de todas estas (e outras que não possam ter sido mencionadas) representa para a pessoa idosa um corte com o seu universo de relações e com a história de vida. Com a institucionalização a pessoa idosa vê-se impossibilitada de manter os seus hábitos e rotinas e a sua vida social.

Relativamente à vida social da nossa população alvo, podemos destacar dois grandes grupos; por um lado, os idosos que não desenvolvem nenhuma atividade e, por outro, os que continuam a ter uma vida ativa, dentro das suas limitações.

O grupo que não desenvolve nenhuma atividade, quer seja organizada pela instituição ou sugerida pela família, fundamenta a sua inércia através das suas limitações físicas e falta de motivação.

“Não gosto de participar nos passeios, não gosto. Não gosto de ir em rebanho a lado nenhum, normalmente não me divirto nada.” (Caso n.º 10)

“Participo nuns e noutros não, umas vezes é porque tem de rodar por todos, outras vezes é porque não me apetece ir. Porque gosto de estar no meu canto, depois tenho dificuldade em andar e não gosto de dar trabalho.” (Caso n.º 1)

O grupo que participa nas atividades, sendo estas organizadas pela instituição, família ou por si próprios, argumenta que: as mesmas os ajudam a distrair; a efetivarem algumas amizades que estavam pouco sólidas dentro da instituição; e a cultivarem os laços familiares.

“Sempre que há uma festa eu vou dançar, gosto muito.” (Caso n.º 8)

“Tenho uma neta que canta o fado, para onde ela vai a minha filha, se é aqui por perto, vão ao casino, ou assim e levam-me”. (Caso n.º 12)

“Um dia fomos dar um passeio e sentei-me na carrinha ao pé dele (outro utente) e ele vai assim: «Ainda o que vale é estes passeios, que é para a gente conhecer outras pessoas, mesmo as que lá estão dentro (Lar)»” (Caso n.º 11)

De acordo com uma das hipóteses delineadas no nosso estudo, a institucionalização, através das atividades que organiza, contribui para uma intensificação da vida social dos idosos. Não obstante, da análise dos depoimentos contactámos que o facto de residirem num Lar não é sinónimo de intensificação de vida social, embora a instituição fomente o aumento de atividades sociais.

### **8.2.5 – Implicações nas rotinas diárias**

Goffman (1993) considera que o principal objetivo dos Lares é acolher pessoas idosas tendencialmente incapazes de se bastarem a si próprias. Acrescentando que se trata de um local de residência onde permanece um grande número de indivíduos, numa situação semelhante de certa forma separados da sociedade mais ampla por um período de tempo considerável, vivendo de forma fechada e formalmente administrada.

Na opinião de Barenys (1993), a regulamentação de uma instituição que abarca a totalidade da vida quotidiana reduz em muito as possibilidades dos idosos organizarem as suas atividades diárias, mesmo as mais triviais, sendo o quotidiano dos residentes rotineiro e monótono.

Relativamente à nossa população alvo podemos subdividi-la em dois grupos. O primeiro grupo caracteriza-se por não desempenhar nenhuma tarefa no Lar, além de algumas atividades da vida, “já estou há quase cinco anos, já há uma purrada de anos, sem fazer mais nada. Olhe, eu estou para aqui. Naquele tempo (refere-se ao período antes da institucionalização), assim eu pudesse trabalhar, muitas vezes eu fico cheio de nervos, eu queria trabalhar, e não posso.

Agora estou aqui, estou sentado, depois ao almoço eu saio vou ali para fora depois estou lá um bocado, venho vou ali tomar o café, eu gosto de tomar o café, agora ia daqui para ver um bocado de televisão. E porquê? Ia ver e tal e, as raparigas já estão lá em cima e depois elas já me fazem a pica e a insulina, isto às sete horas, depois vamos jantar depois vai tudo para a cama.” (Caso n.º 2)

“Olhe não dão nada pra agente fazer. Até gostava, alguma coisa que agente pudesse; estamos aqui, assim como vê, todos os dias é o mesmo.” (Caso n.º 5)

“Aqui, comer e dormir.” (Caso n.º 6)

“Não faço nada, (ri-se), estou sentada, vejo televisão, venho ao médico (...) vou para a cama e cismo no meu homem, e rezo o terço por alminha dele e, mais nada.” (Caso n.º 13)

Dos depoimentos supra referidos, podemos concluir que a vida diária na instituição se restringe ao desempenho de algumas atividades da vida diária. Porém, também temos exemplos de residentes que, mesmo dentro das suas limitações, desenvolvem algumas tarefas e/ou atividades, quer dentro da instituição quer fora desta.

“Sabe, eu trouxe a minha máquina de costura. Arranjo a minha roupa, da velha faço nova, quando é preciso arranjo a dos outros, vou para o meu quarto que é no primeiro andar e costuro. Às vezes, elas não pedem, mas eu ajudo os das cadeiras de rodas a ir para a mesa ou a para a rua, coitadinhos!” (Caso n.º 3)

“Não gosto de estar na sala, normalmente não me diz nada, não preciso, não entendo, falo apenas como é que estão, como é que não estão, por cima da rama, assim, sobre os problemas de cada um, se estão bem se dormiram bem, se têm mais dores, menos dores, estas coisas triviais. Passo assim por lá um bocadinho, mas depois refugio-me no quarto, onde estou normalmente. Até aqui eu lia, lia muito e fazia jogos de palavras cruzadas, e outros jogos assim, mas agora, já perdi um bocadinho esse hábito, sabe que a falta de vista, pois faço só oitenta e seis anos, a gente fica diminuída. Agora saio e passeio, dizem que é bom andar e agente vai andando. Até aqui andava nas ruas, aqui e ali sempre que tinha um pretexto para sair. Vou à Caixa, vou ao Correio, vou sempre comprar fruta, comprar água e saio sempre que acho necessário. E quando não há, dou uma voltinha por aqui pela quinta, que tem um piso bom, porque sinto já um certo desequilíbrio e os passeios e a calçada empedrada dão-me uma instabilidade para poder caminhar, não é? Faço exercício, faço um bocadinho de ginástica de manhã, antes de me levantar, ginástica? Uns movimentos, para me mexer, pronto, é uma vida estúpida, mas pronto é a que é possível. Faço, sobretudo, com vista a não dar trabalho, a não pedir auxílio.” (Caso n.º 10)

“Gosto de dar uma volta, ainda agora de manhã fui dar uma volta, e de tarde ainda hei de ir dar um passeio. Porque eu não vou para a sala, tenho lá a minha cadeira, mas sintome bem sozinha. Vou para o meu quarto, ponho o CD dela (fala da neta que canta o fado) a trabalhar e distraio com aquilo, e choro, outras vezes canto sozinha à par com ela. (...), a minha vida foi cozinhar e pasteleira, eu tenho duas casas, estão de renda e, tenho uma garagem grande onde tenho coisas, e tenho lá um fogão, e é lá que eu vou fazer uns bolos, às vezes vou a pé, às vezes vou de bicicleta. Não faço aqui nada porque tinha aqui um fogão mas a fiscalização mandou-o tirar. Ainda ando na piscina, vou à segunda e à quinta feira, e tenho assim um bocado para me distrair, e tenho amigas para distrair” (Caso n.º 12)

Deste modo, concluímos que, a maioria dos residentes limita-se a usufruir dos serviços prestados pela instituição, o que significa que não desenvolvem nenhuma atividade além das instrumentais.

Por outro lado, existem residentes que além das atividades básicas da a vida diária, também desenvolveram outras rotinas que os permitem manterem-se ativos e uteis.

### **8.2.6 – Implicações relativamente à gestão dos bens**

Sousa et al (2004) refere que, quando um idoso passa a ser utente de uma instituição, esta assume a responsabilidade de gerir a vida da pessoa idosa. Paúl (1991) partilha da mesma opinião e acrescenta que em muitos casos, a instituição assume o controlo de muitos aspetos da sua vida, designadamente ao nível das atividades instrumentais da vida diária, incluindo a tarefa de lidar com o dinheiro.

Da análise da nossa amostra podemos destacar três situações distintas de gestão do dinheiro. Na primeira, englobámos os idosos que não têm qualquer contacto com dinheiro, delegando essa função para os familiares.

“Dos meus bens? (pausa) das minhas terras, antes de vir para o Lar tive oportunidade e vendi as terras, tenho um telemóvel, pago a luz e pago a água. Tenho uma pessoa que os faz. Estou aqui nem sempre tenho transporte e custa-me andar.” (Caso n.º 1)

“Vai para o banco e a minha filha é que vai lá buscá-lo, porque eu não posso lá ir buscá-lo. Ela tem um cartãozito, mete lá e então faz a transferência. Ela vai lá à hora que ela quiser, tuca, e já está. Era complicado eu ter aqui um livro de cheques”. (Caso n.º 2)

“Não, aqui não é preciso dinheiro e o pagamento é a minha mulher que vai fazer. A minha mulher movimenta, agora eu não, estou aqui não é não poço movimentar nada. A minha mulher é que faz o controle e pronto.” (Caso n.º 6)

Na segunda, temos o exemplo dos idosos, em que é a instituição que gere o seu dinheiro. “Elas (refere-se às técnicas de Serviço Social) é que sabem, pelos papéis que lhe dão. Não lido com nada, aqui não é preciso, é assim a vida.” (Caso n.º 7)

Por último, temos os idosos que gerem eles próprios o seu dinheiro, “vou com a Dr.<sup>a</sup> ao Banco e pago todos os meses, depois não preciso do dinheiro para mais nada, aqui tenho tudo e não tomo remédios, como alguns” (Caso n.º3). “Tenho uma pensãozinha e, essa pensão está com o ordenado daqui e é assim. Todos os meses faço um chequezinho e entrego à menina que está na secretaria e depois eles vão levantar o dinheiro ao Banco.” (Caso n.º 9)

Podemos constatar na análise da nossa amostra, que embora existam dois grupos: os residentes que não gerem, nem têm qualquer contato com dinheiro; e as pessoas que têm controlo sob a sua vida financeira. Este último grupo destaca-se em relação ao primeiro.



## Reflexão

Entende-se por dignidade da pessoa humana o simples facto de ser Pessoa. Este é o principal fundamento para todos os valores e princípios que estabelecem os direitos de qualquer cidadão. No contexto institucional é importante evitar expressões que diminuam a pessoa, tais como “aqui não é preciso bater, é as palavras. Ainda há dias ouvi dizer uma empregada para uma senhora; ela coitadinha é chata é muito chata, é a idade, é próprio. E ela disse-lhe: «raios partissem a mulher». Ó minha rica filha, isso é duro, muito duro, isso não se diz, pode-se pensar, mas não se deve dizer.”, (caso n.º 11).

Outro aspeto importante a considerar, no meio institucional, é falar de alguém na sua presença como se não estivesse lá (situação que presenciámos com alguma frequência), “as pessoas não são objetos são Seres Humanos”, (caso n.º 11).

O respeito pelo outro deve estar presente em toda a vida quotidiana, sobretudo numa instituição, onde coabitam pessoas muito heterogenias entre si, sendo importante manifestar imparcialidade pois “ninguém está aqui de graça. Os que estão aqui, estão todos a pagar e os que estão cá a trabalhar estão a ganhar o nosso dinheiro, eu tenho direito, se pago, ser atendida no mínimo dos mínimos. E os outros que estão aí com pensõezinhas baixas também têm direito, como os outros”, (caso n.º 11).

Outro aspeto crucial, diz respeito ao facto de todos nós termos preconceitos, estes manifestam-se, e por vezes afetam a atitude que temos para com os outros. É importante que as pessoas que fazem parte dos recursos humanos de uma instituição não pautem o seu desempenho profissional e humano por esses preconceitos e respeitem o princípio da não discriminação. Uma forma de respeito para com o outro é ter em conta a vida passada do residente. Ao manifestar respeito por uma pessoa, estamos a transmitir-lhe apreço por aquilo que foi e não deixou de ser, só porque está mais velho e a viver num Lar.

A pessoa idosa não corta laços com o passado ao ir viver para um Lar, por este motivo deve ser-lhe dada a possibilidade de se fazer acompanhar dos seus objetos pessoais e, caso haja condições, mobiliário e animais de estimação. Cada pessoa tem características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade e a tornam singular. Mesmo dentro de uma família, existem diferentes gostos, crenças, opiniões e atitudes, numa instituição reconhecer e respeitar a diferença é uma forma de demonstrar respeito pela pessoa idosa e reconhecer a sua individualidade, que passam por aspetos tão banais como perguntar ao residente como gosta de ser tratado, (pelo nome próprio ou apelido, por “tu” ou “você”), sendo uma forma simples de preservar a individualidade de todos e de cada um em particular.

O respeito pela individualidade da pessoa idosa está inerente á promoção da sua autonomia. Deve-se contrariar a percepção de que os Lares são considerados como o local onde a pessoa aguarda pela morte “vou andando, vou andando aqui até Deus querer. Quando eu não puder, Deus há-de-me dar um rumo”, (caso n.º 9), e fomentar a ideia de que, é antes a sua casa, onde vai viver uma importante fase da sua vida. Neste sentido, o idoso deve ser incentivado a executar todas as tarefas que deseje e que seja capaz. Deve ser responsável por si próprio, ninguém o deve substituir nas tarefas sob o argumento de maior funcionalidade, rapidez ou segurança. “O meu dinheiro está no banco e eu é que o vou levantar. E a Sr.ª Dr.ª não quer que eu o vá levantar, tem medo de mo roubarem ou matar. Fui na carrinha mas ela não quer”, (caso n.º 13).

As instituições devem possuir condições que incrementem a autonomia, pois só desta forma estará a contribuir para o autocuidado e a autoestima, fatores importantes no bem-estar emocional e físico de qualquer Ser Humano, caso contrário, continuar-se-á a violar o respeito pela autodeterminação. É importante que ao idoso seja dada a oportunidade de participar no seu plano de cuidados, de fazer escolhas e de tomar decisões. As pessoas idosas devem ser encorajadas, dentro das suas possibilidades, a opinar sobre aquilo que querem comer e/ou vestir, aspetos simples, que parecem estar a ser descorados.

Outra dimensão importante da autonomia passa pela gestão do seu património, o idoso, não deve ser substituído, por quem quer que seja, a não ser que seja essa a sua vontade, ou caso se prove não estar capaz. Os seus pertences, pensão ou quaisquer outros valores não devem ser retirados ao idoso, sem o seu consentimento “quando eu o trouxe para cá vinha numa mala, mas a Sr.ª Dr.ª viu-mo arrumou-o e o Sr. Dr. disse que o tem no cofre e eu tenho cá um desgosto com isso, tenho um desgosto de não ter o meu ouro comigo”, (caso n.º 13).

De salientar que, a consideração pela pessoa também passa pelo respeito pela sua privacidade e intimidade, pois todos nós temos necessidades que não passam com a idade. É importante dar especial atenção à garantia das intervenções na higiene íntima, nas relações com os outros, na própria correspondência e chamadas telefónicas e em todas as questões, problemas pessoais e familiares, porque a pessoa idosa tem direito à confidencialidade de todos os elementos da sua vida relativos à privacidade e intimidade. O direito de participação constitui-se como um dever fulcral na atuação do Lar, no cuidado que presta aos idosos residentes. É importante que estes participem nas decisões do Lar, uma vez que este é a sua casa; designadamente no que diz respeito à elaboração do plano de atividades, os idosos devem ter uma palavra a dizer sobre a escolha dos passeios e outras atividades. É necessário que as decisões que são tomadas sejam comunicadas e explicadas às pessoas idosas.

Não existem soluções ótimas, porque mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para bem-estar do idoso, “é tudo uma questão de bom senso”, (caso n.º 12).



## Conclusão

De acordo com a nossa amostra, quase todos os idosos, referiram que a maior dificuldade que sentiram quando foram para o Lar, foi deixar a sua casa. Denotamos que ao domicílio está associado um sentimento de identidade e posse, enquanto que o Lar, embora seja percebido como sendo importante para a satisfação das necessidades instrumentais e ainda como fonte segurança (caracterizada pelo acompanhamento permanente), está associado a um sentimento de alienação. Poder-se-á referir que a nossa amostra não reconhece, na instituição, o sentimento de propriedade.

O internamento em Lar está associado à rutura com o quadro de vida do quotidiano e representa a última etapa da sua trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. Drulhe (1981), explica que esta situação provoca normalmente às pessoas idosas grande sofrimento associado à ideia de abandono, exclusão e morte. Embora, a referência às implicações negativas sejam uma constante ao longo dos discursos dos residentes das quais podemos salientar:

- Partilhar o quarto com muita gente;
- Partilhar o quarto com pessoas com quem não se identificam;
- Falta de roupa e dinheiro;
- Desempenho das funcionárias;
- Impossibilidade de decidir sobre a sua vida;
- O sentimento de solidão;

No entanto, denota-se uma sobrevalorização dos aspetos positivos que se podem resumir a duas palavras: acompanhamento permanente, que se traduz pelo combate à insegurança, ao isolamento e à solidão e no ininterrupto apoio clínico (médico e enfermeiro).

Constatamos que independentemente do tempo de permanência na instituição e do tipo de decisão pela qual o idoso foi residir para o Lar e se ter adaptado bem não é sinónimo de bem-estar, mas antes falta de alternativa.

No processo de decisão está implícito o isolamento social e familiar que se apresentam como o motivo principal para a institucionalização do idoso; a institucionalização ocorre, normalmente por imposição dos filhos, porque estes não têm disponibilidade para cuidar dos seus elementos idosos.

As implicações inerentes à institucionalização são as seguintes:

- A fase de integração/adaptação às normas de funcionamento da instituição provoca no idoso medos e angústias na pessoa idosa, porque sente que não lhe foi dada a oportunidade de participar no seu plano de cuidados;
- Após a institucionalização os laços familiares tendem a diminuir. À medida que aumenta o tempo de permanência da pessoa idosa na instituição, o contato com os vários elementos da família vai sendo menos frequente e o que existe restringe-se a visitas esporádicas, de cariz afetivo;
- A institucionalização provoca a segregação social, ou seja, propugna a rutura com o meio social de pertença e, conseqüentemente, a perda de laços sociais com amigos e vizinhos, paralelamente, o idoso estabelece novas relações dentro da instituição. No entanto, o idoso atribui maior valor às relações sociais anteriores à institucionalização.
- Os residentes limitam-se a usufruir dos serviços e, cuidados prestados pela instituição. Não intervêm ativamente nas tarefas/ atividades do quotidiano institucional.
- Quando a pessoa idosa vai residir para um Lar, deixa de ter controlo sobre os seus bens e dinheiro. Com a institucionalização, tanto a instituição como os familiares substituem o idoso nas tarefas relacionadas com a gestão do seu património e/ou vida financeira.

“O processo de institucionalização, simbolizado pela saída de casa, pode ser longo, ou curto e comportar um conjunto de etapas: decidir a institucionalização, escolher um Lar e adaptação/integração na nova residência” (Sousa, et al, 2004).

Depois de ter efetuado o estudo e ter analisado o resultado das entrevistas, verifiquei que os idosos, ao contrário das minhas expectativas, gostam de estar no lar uma vez que o problema da solidão está resolvido.

Com este trabalho pude desmistificar a ideia que tinha dos lares de idosos e o que representavam para os utentes. Como já foi referido, há idosos que não gostam de deixar as suas casas para ir viver com pessoas com as quais nunca criaram laços de amizade, preferindo viver em piores condições a perder a sua privacidade.

Nestas entrevistas, os idosos mostraram-se satisfeitos com o tipo de vida que têm e não deram sinais de tristeza face ao afastamento das famílias, talvez porque as condições das instituições são boas.

**Referências:**

Barenys, M. (1992) – “Investigaciones sobre las residencias de ancianos Catalunya España” in Sociologia de la vejez Madrid, Edição Unión Demográfica de pensionista y Jubilados de España.

Barenys, M. (1993) – “Un Marco Teórico para el Estudio de las instituciones de Ancianos”. Revista Española de investigaciones Sociológicas. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, n.º 64, Outubro/ Dezembro.

Bell, J. (1997) – “Como Realizar um Projecto de Investigação”. Lisboa, Gradiva Publicações.

Berger, L. (1995) – “Os cuidados de enfermagem em gerontologia”. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidactica: 11-19.

Bernardo, M. (1994) – “Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa: um desafio para o terceiro milénio”. Servir, Vol.42, n.º 2 (Março/ Abril), 58-65.

Brunner, L. & Suddart, D. (2012) – “Tratado de enfermagem médico-cirúrgica”. Rio de Janeiro, Guanabara koogan, 12ª Edição, Volume 4.

Cabrilho, F. & Cachafeiro, L. (1992) – “A Revolução Grisalha”. Lisboa, Planeta Editora .

Coutinho, C. (2003)- “O estudo de caso na investigação” em Tecnologia Educativa em Portugal. Revista Portuguesa de Educação, “Revista Portuguesa de Educação”. 15:1 (2002) 221-243.

Drulhe, M. (1981) – “ Vivre ou survivre? Les Centres Hébergement pour personnes ageés”. Paris: Editions du C.N.R.S.

Ermida, J. (1999) – “Processo de Envelhecimento”. In Costa, M. et al. O Idoso - Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau.

Fernandes, A. (1995) – “Velhice, Envelhecimento Demográfico e Relações Intergeracionais”. Lisboa. Dissertação de Doutoramento em Demografia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Fernandes, A. (2001) – “Políticas Sociais e institucionais de Velhice”. Velhice e Sociedade, Oeiras, Celta Editora: 139-161.

Fernandes, A. (1999) – “Envelhecimento Demográfico, as Transformações da Modernidade”. Cidade Solidária, n.º3: 16-21.

Fernandes, P. (2002) – “A depressão no idoso: estudo da relação entre factos pessoais e situacionais e manifestações da depressão”. Coimbra, Quarteto.

Fidel, R. (2004). “The case study method: a case study”. Qualitative research in information management. Englewood, Libraries Unlimited: 37-50.

Gil, António (2010) – “Como elaborar projetos de pesquisa”. São Paulo, Editora Atlas. 5ª Edição

Goffman, E. (2010) – “Los Momentos y sus Hombres”. Texto Seleccionado e apresentados, por Yves Winkir, Barcelona, Edições Paidós.

Goffman, E. (2001). “Manicómios, Prisões e Conventos”. São Paulo: Editora Perspectiva, 7ª Edição.

Goffman, E. (2001) – “A Apresentação do Eu na Vida de todos os dias”. Lisboa, Relógio D`água.

Levet-Gautrat, M. (1985) – “A la recherche du 3ª Age”. Elements de Gerontologie Social. Armand. Colin Actualité.

Lima, M.( 2004) – “ Envelhecimento e perdas: como posso não me perder?” Psychologica, 35 pp. 133-145.

Machado, Paulo (1994) – “ A (c)idade maior – para uma sociologia da velhice na cidade de Lisboa”, Sociologia – Problemas e Práticas, n.º 15: 21-52.

Mah, S. et al, (1999) – “Jovens e Idosos: Contextos, Interações e Redes de Suporte”. Intervenção Social, n.º 20: 57-78.

Maia, F. (1993)- “ População idosa e Segurança Social”. Editora Internacional, Lda., Lisboa.

Marques, C. (2001). “A família e as instituições: Que responsabilidades? Que solidariedades? Que parcerias?” Pretextos, n.º 3, Lisboa: 16-21.

Medeiros, C. et al (1990) - “Do Desvio Indiferenciado à Instituição Residual”. Do Desvio à Instituição Total. Sub Cultura – estigma – Trajectos. Lisboa. Gabinete de Estudos Jurídico-sociais do Centro de Estudos Judiciários, 1.º

Nazaret, J. (1988). “Unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX”. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Paul, M. (1991) - “ Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia”. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pimentel, L. (2002)-“ O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias”. Coimbra, Quarteto.

Pimentel, L. (4 e 5 de Novembro de 2002) - I Congresso da Figueira da Foz sobre: Exclusão social – “Formas de exclusão das pessoas idosas: entre o invisível e o que não queremos ver”. Texto policopiado.

Ponte, J. (2006)- “Estudos de caso em educação matemática”. Bolema, 25: 105-132.

Quintela, M. (2001) – “ O papel dos Lares da 3ª Idade”. Geriatria, 136.

Quivy, R. (2008) – “Manual de Investigação em Ciências Sociais”. Lisboa, Gradiva Publicações.

Reis, J. (1998) – “Medicina Geriátrica: prevenção, tratamento reabilitação”. Citécnica, Vol. XI, n.º 107.

Richarson, R. et al. (1999) – “Pesquisa Social: Métodos e Técnicas”. S. Paulo, Editora Atlas S.A.

Rosa, M. (1993) – “O desafio Social do envelhecimento demográfico”. *Análise Social*. Vol. XXVIII (122): 679-689.

Rosa, M. (1996)- “ O envelhecimento da população portuguesa”. 3º Caderno Público, Mirandela, Artes Gráficas, S.A.

Santos, F. & Encarnação, F. (1998) – “Modernidade e gestão da velhice”. Algarve, Grafiglobo.

Sarton, M. (1983). “Prepara-te para a morte e segue-me”. Lisboa, Edições Cotovia, Lda.

Sorensen, K. & Luckumann, J. (1998) – “Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica”. Lisboa, Lusodidacta.

Sousa, L. et al, (2004) – “Envelhecer em Família – cuidados familiares na velhice”. Porto, Âmbar.

Zirmerman, G. (2000) – “Velhice – Aspectos Biopsicossociais”. São Paulo, Artmed.

### **Webgrafia:**

Lopes, R.-”Envelhecimento e Políticas Sociais” (páginas 126–140), In [www.ipv.pt/millennium/millennium](http://www.ipv.pt/millennium/millennium) 32/10.pdf, consultado a 1 de Outubro de 2013.

[www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt) , consultado a 2013/05/12

[www.segurancasocial.pt](http://www.segurancasocial.pt), consultado a 2013/08/20.

**Legislação:**

artigo 72º Constituição da República Portuguesa

artigo 63, n.º1, Constituição da República Portuguesa

Constituição da República Portuguesa, artigo 63, nº 1.

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro de 1998).

Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de maio).



# Anexos

## **Guião da Entrevista**

- Apresentar e agradecer a participação dos idosos no estudo
- Explicar a razão da entrevista
- Pedir aos idosos que respondam com a maior sinceridade possível e explicar que podem desistir da entrevista a qualquer momento, se assim o desejarem.
- Entregar e explicar o documento do Consentimento informado.
- Esclarecer que as informações fornecidas serão apenas tratadas pelo investigador e para a reatização deste trabalho.
- Pedir autorização para gravar a entrevista.

## **Entrevista**

As questões que colocámos aos idosos são os fios condutores ao longo da entrevista, mas são suscetíveis de algumas alterações no desenrolar da mesma, de forma a moldar-se ao contexto sócio-cultural de cada participante. Pretende-se assim, a obtenção de respostas dirigidas aos objetivos do estudo.

- Dados de carácter pessoal;
- Dados inerentes ao processo de decisão;
- Motivos subjacentes à institucionalização;
- Agentes envolvidos na tomada de decisão do internamento;
- Opinião dos idosos relativamente às implicações do processo de institucionalização, ao nível pessoal, social, familiar e material;

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO****Título da Pesquisa: “Institucionalização – O fim da linha?”**

Maria Adelaide Moita Fernandes Camejo, mestranda do Curso de Psicologia Social e Organizacional no Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, com orientação do Prof. Doutor José Magalhães, pretende realizar, no âmbito do plano curricular do referido Mestrado, um trabalho de investigação.

O objectivo deste trabalho é identificar e analisar as implicações inerentes à institucionalização da pessoa idosa em Lar, e perceber se esta valoriza no seu discurso as implicações positivas ou as implicações negativas. No presente estudo os dados serão recolhidos através de uma entrevista efetuada a cada idoso.

Os participantes envolvidos serão claramente informados de que a sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou punição. A qualquer momento, os participantes poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados com este estudo.

Todos os dados serão analisados de forma a garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes bem como das instituições envolvidas. Cabe ressaltar que os dados recolhidos na pesquisa serão utilizados unicamente para fins académicos e eventual publicação do estudo em revistas da área, sendo preservado sempre a confidencialidade da identidade dos envolvidos neste trabalho.

Desde já agradeço a contribuição para o desenvolvimento desta actividade académica disponibilizando-me para esclarecimentos adicionais, assim como para fornecimento de cópia do trabalho de conclusão, caso seja solicitado.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Maria Adelaide Camejo

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pela mestranda que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas, por isso dato e assino.

Figueira da Foz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Feito em duas vias: original para o processo clínico, duplicado para a pessoa que consente.