

Sandra Lizete da Costa Fernandes

Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos
Um Estudo de Caso

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Luísa Reis Lima
e do Dr. Arthur Moreira da Silva Neto

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Julho 2010

Anexo 1
DECLARAÇÃO

Nome: _____

Nº. do B. I.: _____ Tel/Telem.: _____ email _____

Curso de Pós-Graduação:

Doutoramento

Área do doutoramento: _____ Ano de
de

conclusão: __-__-____

Mestrado

Designação do mestrado: _____ Ano de

conclusão: __-__-____

Título da tese / dissertação

Orientador(es): _____

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante

D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respectivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. Tipo de Divulgação:

Total.

Parcial.

2. Âmbito de Divulgação:

Mundial (Internet aberta)

Intranet da Universidade Portucalense.

Internet, apenas a partir de 1 ano 2 anos 3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT

Advertência: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respectivos direitos de autor ou o direito de a usarem trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: _____

Porto, ____/____/____

Aos idosos residentes em lares

E à memória dos meus avós Joaquim e Maria

Agradecimentos

Um agradecimento especial para os orientadores da dissertação, à Doutora Luísa Reis Lima, pelo incentivo com que sempre me encorajou para a realização deste trabalho. Sempre disponível para dirimir as dúvidas que nos surgiam. Pela vivacidade e entusiasmo que transmitia quando contava histórias de vida sobre idosos e as suas experiências.

Ao Dr. Arthur Neto, pelo seu apoio, pela sua força com que sempre nos confortou, pela sua responsabilidade e empenho na pesquisa bibliográfica com que sempre nos presenteou. Pelas palavras de incentivo, de dedicação na orientação da dissertação.

À amiga Marta, que me incentivou para a realização da dissertação companheira de percurso, ouvinte das minhas dúvidas e desabafos, foi uma âncora para não desanimar.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional, pela presença e ajuda sempre constante como marido e pai.

Ao meu filho, pela minha ausência nos momentos das brincadeiras e das histórias da noite.

Aos meus pais, especialmente à minha mãe pela presença, coragem e ajuda, que sempre me deu na minha vida pessoal.

À minha irmã, ao Nuno, ao meu primo Leandro, à Teresa, pela colaboração, pela revisão dos textos e pelas sugestões deste trabalho.

A todos os lares que me receberam e a todos os idosos que me confiaram as suas histórias e vivências nos lares.

Em especial à Direcção e colaboradores da instituição onde trabalho pela compreensão das minhas ausências.

Resumo

Vários factores contribuem para um aumento significativo da oferta e procura de lares de idosos: o aumento da população idosa, a esperança média de vida, as transformações a nível familiar, entre outros. Estes aspectos relevam ainda no que toca à integração do idoso no lar.

A sociedade, em geral, continua encarando os lares de idosos de uma forma pejorativa. No entanto, os lares têm vindo a adequar e a melhorar os serviços conforme as necessidades da população idosa, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido.

A temática estudada foi a pluralidade de vivências dos gerontes em lares de idosos, tendo como objectivo compreender se as vivências nos lares aceleram ou não o processo do envelhecimento.

Para investigar esta realidade, realizámos dezoito entrevistas a idosos integrados em lares e aplicámos uma escala de opiniões a cento e dois cuidadores formais que desempenham funções nos mesmos locais.

Idosos e familiares recorrem aos lares como última alternativa quando vêem esgotadas outras soluções. Vários são os motivos que levam os idosos à procura da resposta lar de idosos: a saúde, a dependência funcional, a indisponibilidade familiar, a solidão e, para grande parte dos idosos, a satisfação das suas necessidades básicas. Todavia, os idosos manifestam que o ingresso no lar é um momento complicado de aceitar. Assim, o desenraizamento, as saudades da casa, dos amigos e dos vizinhos levam muitos idosos a uma maior deterioração física e mental. Estes sentimentos são, frequentemente, agravados pelos cuidadores formais com a falta de sensibilidade, de acolhimento e de adequação dos serviços às necessidades dos idosos. Apesar de tudo, os idosos encaram a integração num lar como uma situação positiva em vários aspectos da sua vida, mostrando vontade em continuar a residir nos lares.

Palavras-chave: envelhecimento, idoso, cuidadores, integração, perdas.

Abstract

Several factors contribute to a significant increase in the supply and the demand for homes for elderly: the elderly population's increase, the average life expectancy, the family changes, among others.. These aspects are important for the integration in the homes for elderly.

At present, the society still attaches a negative role to the elderly homes. However, the elderly homes have come to adapt their services according the elderly population's needs. This can contribute to a successful aging.

The topic studied was the plurality of experiences of elderly people in nursing homes, having as objective to understand if the experiences in elderly homes accelerate or not the aging process.

To investigate this reality, we conducted eighteen interviews of integrated elderly people in elderly homes. We applied a range of opinions to one hundred and two formal caretakers that work in the same locals.

The elderly people and their families appeal these homes when there are no more solutions. There are several reasons for older people to explain why they choose elderly homes as an answer: the health, the functional dependency, the familiar unavailability, the loneliness and, for the most people, the basic needs satisfaction. However, the elderly says that the home's entry is a difficult time to accept. Thus, the uprooting, the misses for the home, the friends, and the neighbours give to these persons a greater deterioration (physical and mental). These feelings are often exacerbated by formal caretakers with the lack of sensitivity, acceptance, and appropriate services. After all, the old people faces the integration into an elderly home as a positive situation in many ways of their lives. They show a wish to continue in living in these elderly homes.

Keywords: Elderly, Aging, Integration, Caretakers, Losses.

Sumário

INTRODUÇÃO	10
1ª PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
CAPÍTULO 1	16
1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE	16
1.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: NOVOS DESAFIOS.....	21
1.3 ENVELHECIMENTO NORMAL <i>Versus</i> ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO	24
1.3.1 Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento	26
1.3.2 Prevenção e Saúde	28
1.3.3 Personalidade do Idoso	32
1.3.4 A Sexualidade no Idoso.....	34
1.3.5 Mitos e Estereótipos	36
1.4 CONTEXTOS SOCIAIS - INTERACÇÕES	38
1.4.1 Idoso e Família	38
1.4.2 Redes de Suporte Social do Idoso	41
1.4.3 Idoso e Cuidadores Formais.....	44
1.4.4 Idade da Reforma.....	45
CAPÍTULO 2	48
2.1 QUALIDADE DE VIDA.....	48
2.2 ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL EM IDOSOS	51
2.3 OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE	53
CAPÍTULO 3.....	57
3.1 RESPOSTAS SOCIAIS.....	57
3.2 VIVÊNCIAS EM LARES DE IDOSOS.....	61
3.3 A INTEGRAÇÃO DO IDOSO NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL	66
2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	71
Investigação Empírica.....	72
Objectivos da investigação	74
Metodologia	75
CAPÍTULO 4- DESCRIÇÃO DO PRIMEIRO ESTUDO REALIZADO.....	77
4 METODOLOGIA	77

4.1	INSTRUMENTOS	77
4.2	AMOSTRA	79
4.2.1	Contextos geográficos.....	80
4.2.2	Caracterização geral da amostra.....	80
4.3	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
CAPÍTULO 5 - DESCRIÇÃO DO SEGUNDO ESTUDO REALIZADO		113
5	METODOLOGIA	113
5.1	INSTRUMENTOS	113
5.2	AMOSTRA	114
5.2.1	Contextos geográficos.....	115
5.2.2	Caracterização geral da amostra.....	115
5.3	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	118
CAPÍTULO 6 - ANÁLISE E VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES.....		128
CONSIDERAÇÕES FINAIS		135
BIBLIOGRAFIA		139
ANEXOS		147
ANEXO 1		148
ANEXO 2		151
ANEXO 3		153

Índice de Quadros

Quadro 1-	Situação Familiar - Habitabilidade.....	87
Quadro 1.1-	Situação Familiar - Relação familiar.....	87
Quadro 1.2 -	Situação Familiar - Visitas da Família	88
Quadro 2 –	Ocupação do Tempo – Actividades antes do lar	90
Quadro 2.1 -	Ocupação do Tempo - Actividades no lar	91
Quadro 2.2 -	Ocupação do Tempo - Actividades no Exterior	93
Quadro 3 –	Institucionalização – Motivos da Integração	95
Quadro 3 .1–	Institucionalização - Momentos Significativos Positivos	98
Quadro 3 .1–	Institucionalização - Momentos Significativos Negativos.....	99
Quadro 4-	Relacionamento Interpessoal c/ Cuidadores.....	102
Quadro 4.1 -	Relacionamento Interpessoal c/ Colegas Residentes	103
Quadro 4.2 -	Relacionamento Interpessoal c/ Amigos do Exterior.....	105

Quadro 5- Opinião em relação aos serviços prestados pelo lar	107
Quadro 5.1 - O lar corresponde às expectativas	109
Quadro 5.2 – Continuidade ou não a residir no lar	111
Gráfico 6 - Género.....	115
Gráfico 7 - Idade.....	116
Gráfico 8 - Função.....	117
Gráfico 9 - Definição da Velhice	118
Gráfico 10 - Vivência da Velhice	120
Gráfico 11 - Razões que levam à Institucionalização.....	122
Gráfico 12 - Relações interpessoais/sociais.....	123
Gráfico 13 - Definição do cuidador formal	124
Gráfico 14 - Ocupação do tempo	126

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Género.....	81
Gráfico 2 - Idade.....	81
Gráfico 3 - Estado Civil.....	82
Gráfico 4 - Profissões	82
Gráfico 5 - Habilitações Literárias	83
Gráfico 6 - Género.....	115
Gráfico 7 - Idade.....	116
Gráfico 8 - Função.....	117
Gráfico 9 - Definição da Velhice	118
Gráfico 10 - Vivência da Velhice	120
Gráfico 11 - Razões que levam à Institucionalização.....	122
Gráfico 12 - Relações interpessoais/sociais.....	123
Gráfico 13 - Definição do cuidador formal	124
Gráfico 14 - Ocupação do tempo	126

Lista de Abreviaturas e siglas

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

INE- Instituto Nacional de Estatística

UniFai- Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

SCM- Santa Casa da Misericórdia

INTRODUÇÃO

As origens da Gerontologia remontam ao início do século XX, em 1908, com Metchinikoff (1845-1916). No entanto, só foi reconhecida como campo de investigação anos mais tarde. Embora a Gerontologia tenha nascido em 1908, o termo Gerontologia Social surge só em 1954 com Clark Tibbitts (1903-1985) cujo objecto de estudo reside no processo de envelhecimento e na sua ligação aos contextos sociais e culturais, assim como, nas suas possíveis consequências. (Neri, 2001)

Neste sentido, enquanto ciência assente em métodos científicos, a Gerontologia apresenta-se como fundamental na procura de meios que aumentem a qualidade de vida do idoso, proporcionando-lhe um envelhecimento activo. Isto, porque a partir da idade adulta, os indivíduos experimentam um novo processo – o do envelhecimento – que merece atenção a nível biopsicossocial. Importa esclarecer que o contributo para a formação de teorias e práticas sobre o processo de envelhecimento resulta do cruzamento de disciplinas que a Gerontologia reúne: a Biologia, a Psicologia, a Educação.

Actualmente, a sociedade vive num clima de alteração demográfica. Isto é, o aumento vertiginoso do número mundial de idosos a que hoje se assiste, obriga a uma reestruturação das próprias comunidades. Como refere Azeredo (2002, p. 178) “ a ciência resolveu o problema de prolongamento da vida, mas agora é necessário resolver o da velhice com qualidade de vida”. Ou seja, embora transversal, o processo de envelhecimento acarreta mudanças a nível físico, social e psíquico. Porém, é um acontecimento que varia de indivíduo para indivíduo, de contexto (social e cultural) para contexto, o que significa que toda a sociedade deve estar preparada para envelhecer e contribuir para um envelhecimento bem-sucedido. Caso assim não seja, o encarar deste processo natural de uma forma negativa e não informado no ciclo de vida, pode levar o idoso a um envelhecimento patológico.

Koffi Annan (2002) refere que a expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade e fez um apelo à

sociedade, para que se trace políticas ajustadas que promovam a autonomia, proporcionem o apoio e cuidados adequados, a integração da pessoa idosa, à medida que vai envelhecendo. Foi, imbuídos deste espírito, que nos surgiu o desejo de realizar o estudo apresentado. Enquanto prestadores de serviços aos idosos, pretendemos com este trabalho desenvolver, precisamente, boas práticas nas redes de suporte formal e profissional. Contribuindo, assim, para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e enriquecendo, simultaneamente, a arte de cuidar do outro. Portanto, o interesse nestes indivíduos - as vivências dos idosos e cuidadores formais em lares de idosos, resulta de dois importantes factores: a nossa formação em Educação Social e o contacto diário com idosos integrados nas várias respostas sociais.

Consultamos uma gama extensa de autores que elaboraram investigações, essencialmente estudos de caso, sobre a institucionalização dos idosos em lares e as suas repercussões, tais como: Paúl, 1997; Pimentel, 2001; Fernandes, 2000; Sousa, 2006; Cardão, 2009, entre outros. Alguns autores (Paúl, 1997; Fernandes, 2000; Cardão, 2009) defendem que a integração num lar é vivida e sentida pelo idoso de uma forma difícil, angustiante, implicando inúmeras perdas tais como: físicas, sociais, relacionais e psíquicas que possivelmente aceleram o processo do envelhecimento. Outros autores (Neto, 2000; Pimentel, 2001; Barros de Oliveira, 2007) vêem na institucionalização alguns aspectos positivos, pois para muitos idosos a integração nos lares foi a única alternativa encontrada de modo a viverem com mais qualidade.

Assim, com o nosso estudo – **Vivências em lares de idosos: diversidade de percursos** – pretendemos contribuir para a compreensão das problemáticas que envolvem esta mudança, para o avanço dos conhecimentos na área da Gerontologia Social e para o bem-estar biopsicossocial do idoso.

A experiência profissional motivou-nos para investigar especificamente – a questão da integração da pessoa idosa num lar – enquanto vivência e enquanto factor de aceleração do processo de envelhecimento. Neste sentido, vários foram os aspectos merecedores de atenção como possíveis aceleradores do processo de envelhecimento tais como: a integração no lar; os

motivos da institucionalização; os contextos de vida; as vivências com os familiares, os amigos, os cuidadores formais; a satisfação com os serviços oferecidos pelos lares. Cada idoso vivencia o seu percurso institucional de uma forma única e distinta. Considerámos as opiniões dos idosos e dos cuidadores formais sobre o envelhecimento e a institucionalização.

Assim, face a estas problemáticas a nossa pergunta de partida consiste em: – **A integração e vivências de uma pessoa idosa num lar aceleram o processo de envelhecimento?**

O objectivo geral, a partir da questão de partida, foi: Compreender se as vivências nos lares de idosos aceleram ou não o processo do envelhecimento.

Foram nossos objectivos específicos para este estudo:

- Estudar as razões que levam o idoso à integração num lar;
- Analisar as expectativas e projectos de vida no idoso institucionalizado;
- Verificar se os lares satisfazem as necessidades e potenciam os interesses dos idosos;
- Conhecer as opiniões dos cuidadores formais sobre o envelhecimento;
- Investigar as opiniões dos cuidadores formais face à integração dos idosos nos lares;
- Identificar o perfil do cuidador formal num lar de idosos.

O nosso trabalho divide-se em duas partes: a primeira refere-se à Fundamentação Teórica e a segunda à Investigação Empírica.

Na fundamentação teórica procurámos contextualizar, teoricamente, o processo de envelhecimento e vivências da institucionalização.

O **primeiro capítulo** enquadra a teoria relacionada com o processo do envelhecimento e seus aspectos biopsicossociais. Nele abordámos a questão do envelhecimento como fenómeno universal e individual, a velhice como a última etapa de vida. Destacámos o envelhecimento demográfico e os factores que contribuem para esta transformação social que é o aumento do número de pessoas idosas. Diferenciámos o envelhecimento normal versus envelhecimento patológico e todos os aspectos relacionados como a

prevenção e saúde, a personalidade, a sexualidade, os mitos e estereótipos do idoso. Abordámos os contextos sociais e interacções com a família, as redes de suporte social, com os cuidadores formais e a idade da reforma.

O segundo capítulo trata a problemática da definição da qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido nos idosos. Abordámos temas como a animação sociocultural e a ocupação de tempo livre e os benefícios para o idoso quando mantém e se integra em diversas actividades físicas, culturais, sociais e cognitivas.

O terceiro capítulo analisa as respostas sociais (Centro de Dia; Serviço de Apoio Domiciliário; Lar para idosos, etc.) que prestam serviços e cuidados aos idosos. Dado o estudo se centralizar na resposta social “lar de idosos”, pesquisamos as vivências num lar de idosos e as suas implicações, as relações com os cuidadores formais e com as redes informais (família, amigos). Neste capítulo analisámos o tema da integração do idoso numa estrutura residencial e o modo de procedimento na fase de acolhimento, assim como alguns princípios básicos para uma melhor actuação.

A segunda parte engloba a investigação empírica. O trabalho realizado baseou-se num estudo de caso de dezoito idosos, nas suas plenas capacidades, residentes em três lares de idosos pertencentes a concelhos diferentes. No sentido de complementar a investigação, realizámos também um estudo em cinco lares, tendo como amostra cento e dois cuidadores formais, que desempenham funções de cuidar, acompanhar os idosos nestas instituições. Assim, **o primeiro capítulo** desta segunda parte foi dedicado ao estudo dos idosos. Neste, analisámos as respostas dos idosos face a uma entrevista semi-estruturada com questões sobre as razões da institucionalização: a relação familiar, com os amigos e com os cuidadores; a fase de integração no lar; a ocupação do tempo; a continuidade e a satisfação com os serviços prestados pelos lares.

No **segundo capítulo** da segunda parte, abordámos o segundo estudo, no qual os cuidadores formais responderam a uma escala de opiniões e atitudes face à integração dos idosos em lares. A referida escala apresentou uma série de afirmações sobre a fase da velhice; as razões da

institucionalização; a relação interpessoal e social do idoso; a ocupação do tempo; e o papel do cuidador formal.

Para cada estudo, procedemos a apresentação dos resultados, seguindo-se a discussão dos mesmos.

No terceiro capítulo da segunda parte, fizemos a verificação das hipóteses inicialmente levantadas referentes à questão de partida.

Para concluir, os dois estudos que desenvolvemos levou-nos a repensar nas atitudes que adoptamos, enquanto profissionais da área. Pois, a integração e adaptação do idoso ao lar difere de idoso para idoso, devido a diversas circunstâncias relacionadas com a vida de cada um, mas também da postura e do desempenho que os cuidadores formais assumem quando recebem um idoso.

Importa referir que estamos conscientes de que a nossa prática profissional condiciona a nossa imparcialidade e capacidade crítica ao longo da investigação. Porém, no sentido de reduzir contaminações de tal ordem, as amostras escolhidas foram oriundas de lares de idosos distintos daqueles que são os nossos locais de trabalho.

1ª PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1

1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE

“ Um fantasma amedronta o mundo actualmente e seus ruídos assustadores desafiam o saber e o poder, levando, ao mesmo tempo, o ser humano a uma nova encruzilhada: a velhice. O ambicionado prolongamento à vida transforma-se, cada vez mais, em realidade.”

(Eneida Haddad, 1993)

Desde de sempre, o Homem se preocupou com a velhice. O primeiro texto relativo à velhice encontra-se na Grécia (2500 a.C.), quando a beleza física e o vigor eram encantados e exaltados. Os gregos como Colofos; Titon, Sólon foram amantes do corpo jovem e saudável, sempre voltados ao culto do corpo, sendo a velhice tratada com desdém, muito desconsiderada e até motivo de pavor, principalmente pela perda dos prazeres obtidos através dos sentidos. Contrariamente aos pensamentos das personagens importantes da civilização ocidental, os filósofos Confúcio, Lao-Tsé da civilização oriental entenderam a velhice como um momento supremo, de alcance espiritual, de autoridade, justificada pela posse da sabedoria.

A civilização oriental sempre atribuiu a esta fase características de bom senso, de serenidade, de equilíbrio, de sabedoria e de conhecimento. Os velhos são vistos como um exemplo na sociedade e as suas intervenções sociais são importantes para o desenvolvimento da mesma.

A civilização ocidental não valoriza tanto esta fase da vida das pessoas, o que levanta problemas ao nível do seu acompanhamento e apoio, designadamente na resolução de problemas como a solidão, o isolamento, as carências afectiva e económica.

Nas sociedades da antiguidade, atribuíam-se um papel ao mais velho de dirigente, pela experiência e sabedoria que lhe era conferida ao longo da vida.

Ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo... a memória das gerações. Actualmente, cada sociedade, no seu contexto e momento da história, tem dado um papel positivo ou negativo à velhice, levando a que os idosos sejam ora valorizados, ora rejeitados.

Até hoje, o Homem entende a velhice como sendo um período de maior vulnerabilidade e dependência, de perda gradual das suas capacidades, mas, também como uma etapa de grande sabedoria e conhecimento.

Podemos afirmar que a velhice é construída através da elaboração de um discurso que tende a modificar-se de acordo com as necessidades económicas e políticas, que legitima a sua inserção ou exclusão dentro de um contexto histórico e social, que orienta e define o comportamento das pessoas idosas, a sua participação nas diversas estruturas sociais.

“O envelhecimento é um «processo vital» que tem vindo a ganhar vitalidade nos últimos anos, ao passo que o conceito de velhice aparece como um «estado definitivo», caracterizado pela ausência de futuro e de capacidade de transformação rumo ao bem estar” (Osório 2007. p.13).

Paúl (2005), citado por Sequeira (2007), refere que o marco dos sessenta e cinco anos de idade deixou de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice. Actualmente, considera-se a existência de várias idades para a transição entre a idade adulta e a velhice. Pois, para além da idade, existem ao longo do tempo, influências ligadas a eventos históricos que interagem, mudanças pessoais, sociais, ganhos e perdas, que variam de pessoa para pessoa e têm efeito cumulativo.

A velhice é uma fase da vida, onde surgem grandes transformações a nível social (família, comunidade, trabalho e lazer) onde se desenrolam novas vivências. A velhice é entendida como a última fase do ciclo vital, encerrando um processo de envelhecimento normal ou patológico (Cardão, 2009).

A fase da velhice é encarada por algumas pessoas como uma fase pessimista, de decadência e deterioração, culminado com a morte. Existem outras pessoas que encaram a velhice como uma etapa de felicidade, de

plenitude, com uma atitude positiva face à velhice. No entanto, Osório (2007, p. 191) refere que estas duas dimensões contraditórias vividas na velhice, na realidade, não se adequam nenhuma dessas situações, pois “a velhice traz tantas possibilidades de crescimento qualitativo, como de deterioração progressiva e irreversível.”

Também Berger (1995) citado por Fernandes (2000) afirma que os idosos que vêem a velhice de uma forma natural dão mais sentido à vida, são mais felizes e temem menos a morte.

Palmeirão, (2002,p.44) concorda da mesma opinião “Os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à sua vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade, melhorando a sua auto imagem e olhando-se de forma mais positiva.”

Não se deve confundir envelhecimento com velhice. Todo o ser vivo evolui e, portanto, envelhece a partir do momento em que nasce.

Imaginário (2004) apresenta teorias relacionadas com o envelhecimento, que o revelam como um processo de desenvolvimento gradual e multifactorial, determinado pelo declínio biológico e de funções adaptativas, que se realça mais com o avanço da idade.

Todo o ser vivo passa por um processo de envelhecimento, desde o nascimento até à morte. Sendo este um fenómeno universal e individual, todos envelhecemos de uma forma específica e mediante factores múltiplos e complexos. Os factores biológicos, sociais e psicológicos variam grandemente, não ocorrendo em simultâneo, nem estando necessariamente relacionados com a idade cronológica da pessoa.

“A velhice não é definível por uma simples cronologia, mas sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas. Apesar de o envelhecimento humano ser aceite como algo que ocorre de forma universal, ainda não existe um consenso sobre a natureza e as características do ciclo da velhice.” (Osório, 2007, p. 185).

A autora Neri (2001,p.27) refere que “Em nenhuma disciplina científica se acredita que a idade cronológica causa desenvolvimento ou o envelhecimento. O critério cronológico funciona como ponto de referência e como elemento organizativo, uma vez que vivemos num mundo temporalizado”

Podemos afirmar que do ponto de vista biopsicossocial, não se envelhece da mesma forma, no mesmo ritmo e na mesma época cronológica. Assim, o envelhecimento é comum a todos, mas existem características próprias de pessoa para pessoa, consoante a constituição biológica e a estrutura da personalidade, em estreita interacção com o meio ambiente. (Spar & La Rue, 1998; Fontaine, 2000).

Fernandes (2000) indica um conjunto de factores que podem afectar o ser humano no processo do envelhecimento como a idade avançada, as carências socioeconómicas, a situação de saúde física e mental, o género, a pertença a uma classe baixa, o isolamento, situações que complicam a adaptação à velhice. A autora também refere que alguns factores o Homem pode prevenir para que não surjam doenças e incapacidades, outros são inerentes ao Ser Humano e este só poderá desenvolver estratégias para se adaptar a eles.

Sabemos que o desafio do envelhecimento para o idoso é fazer do tempo da velhice uma fase rica, de doação, de integração, de sabedoria, de participação social e de transição. A idade da velhice pode e deve ser preparada, para a vivermos melhor, pois não basta viver mais se não vivermos com qualidade: física, mental, afectiva e cívica. A qualidade dos anos futuros depende da qualidade dos anos que vivemos em qualquer etapa da vida anterior.

O mundo está a envelhecer. Entre 2000 e 2050, a percentagem de pessoas com sessenta e cinco e mais anos irá duplicar, passando de 10 a 21%. Em Portugal, de acordo com as projecções, a percentagem de idosos mantém a tendência de crescimento, passando de 16.4% em 2000 para 31.8% em 2050. (in Pretextos nº17, 2004)

Foi baseado no envelhecimento da população idosa que a OMS, (Organização Mundial de Saúde) no final dos anos noventa, lançou o paradigma do Envelhecimento Activo como sendo o processo de optimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Esta definição do envelhecimento mostra uma visão activa que reconhece o direito, em todas as idades, à igualdade de oportunidades e à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural. Em dois mil e dois, a ONU, (Organização das Nações Unidas) na II Assembleia Internacional sobre o Envelhecimento, reforça o conceito do Envelhecimento Activo com o objectivo de ampliar a expectativa de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice. Este conceito de Envelhecimento Activo tem como finalidade dar uma concepção de velhice enquanto sinónimo de vitalidade, de produtividade, desmistificando o estereótipo da velhice associada à improdutividade e doença.

Para um Envelhecimento Activo, deveremos ter em atenção todas as determinantes pessoais, sociais, comportamentais, económicas, o meio físico e os serviços sociais. Todos estes factores, bem como a interacção entre eles, desempenham um papel importante no que concerne à influência exercida sobre a forma como os indivíduos envelhecem. Estes factores têm de ser encarados segundo uma perspectiva do ciclo vital, que reconheça que as pessoas não são um grupo homogéneo e que a diversidade individual aumenta com a idade.

1.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: NOVOS DESAFIOS

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios que se coloca hoje em toda a Europa. A evolução demográfica fez-se sentir na União Europeia, embora com ritmos e contextos diversos de país para país. Apesar destas diferenças, existem tendências comuns a todos: – um contínuo aumento da esperança de vida, um decréscimo da taxa de natalidade e um aumento da população com idade superior a sessenta anos.

Vários especialistas consideram que o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida.

“Assistimos ao fenómeno crescente e novo do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas. Este acontecimento converteu os chamados «idosos» num grupo social que atrai o interesse individual e colectivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político, etc.” (Osório, 2007, p.11).

À semelhança dos países da Europa, também Portugal devido, à redução da natalidade e do aumento da esperança de vida, não foi excepção, na evolução demográfica.

A alteração mais importante da evolução demográfica foi o envelhecimento da população a ritmo elevado que se traduziu numa perda da população jovem (dos zero aos catorze) e num aumento da população idosa. Isto, devido à existência de uma redução da natalidade e da mortalidade e à existência de fortes fluxos migratórios. Da conjugação destes factores resultou um envelhecimento da população, por envelhecimento na base (diminuição da população jovem) e por envelhecimento no topo (aumento da população idosa).

De acordo com os dados do INE (Instituto Nacional Estatística) (2005), em Portugal, no último censo, a proporção de idosos ultrapassou a de jovens pela primeira vez. Entre os dois últimos censos (1991 e 2001), a população jovem diminuiu cerca de 16%, enquanto a população idosa aumentou 26,8%. O censo de 2001 indicam superioridade numérica das pessoas idosas em relação aos jovens, bem como assimetrias regionais do envelhecimento. Dados

do INE (2005) indicam que o Alentejo é a região mais envelhecida e, do lado oposto, estão as regiões autónomas, onde existem mais jovens do que idosos.

Portugal é ainda um dos países mais jovens da União Europeia, o quinto menos envelhecido. A nível europeu, a percentagem de população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos era de 15.8%, enquanto, que em Portugal, essa percentagem era de 14.9%.

O Índice de Envelhecimento, definido como relação entre o número de idosos e o de jovens, tem vindo a alterar-se. Em 2004 eram de cento e seis idosos para cem jovens, essencialmente mulheres idosas.

O conceito de envelhecimento demográfico assente no aumento relativo das pessoas que ultrapassaram o limiar dos sessenta e cinco anos, parece reforçar um outro fenómeno demográfico: o aumento da esperança média de vida. Isto é, o aumento do número de anos que contamos vir a viver depois de atingir uma determinada idade. Em Portugal, mais de um quinto da população portuguesa (cerca de dois milhões de pessoas) tem mais de sessenta anos. (UniFai – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos , 2004)

Não foi só o aumento da esperança média de vida que levou ao envelhecimento demográfico, mas também a melhoria das condições de vida (saúde, trabalho, habitação, condições sanitárias...). Outra causa foi o declínio da taxa de natalidade a partir dos anos setenta, altura em que a generalidade dos países desenvolvidos deixou de renovar as gerações.

Uma das grandes certezas é de que o envelhecimento demográfico veio para ficar e é uma autêntica tendência pesada e irreversível de todos os países desenvolvidos.

O envelhecimento da população portuguesa tenderá a agravar-se nos anos futuros. Uma ligeira subida da fecundidade, um aumento moderado da esperança de vida e um saldo migratório positivo permite estimar que a população idosa ultrapasse a jovem, no nosso país, perto de 2010-2015. Em 2020, o peso dos idosos será de 18.1%, enquanto a população jovem diminuirá para 16.1% (Martins, 2005).

As diferenças entre os dois sexos tendem a manter-se ou a acentuar-se. Em dois mil e vinte, o índice de envelhecimento será de 135.6 para as mulheres e de 89.3 para os homens.

Segundo Sequeira (2007) fonte da (OMS 1999) em 2050, a proporção de idosos ultrapassará os dois terços da população total, o que poderá colocar em risco a sustentabilidade da mesma, se não forem tomadas medidas atempadas na maioria dos países desenvolvidos.

Além de todos estes factores, também em 2050 o índice de dependência apresenta perspectivas de aumentar, o que significa que os idosos se encontrarão em situações de dependência em sobrecarga de outrem. Estas referências demográficas levam-nos a reflectir sobre as medidas e as plataformas de intervenção de forma a articular a optimização de todos os intervenientes (família, cuidadores, instituições, estruturas sociais).

Segundo Fernandes (1997), vivemos em sociedades modernas e envelhecidas. O aumento da longevidade humana tem consequências mais vastas do que aquilo que os números das estatísticas apresentam. O envelhecimento demográfico das populações é uma conquista da sociedade. Porém, os problemas que surgem são adversos à qualidade de vida como questões económicas, a possível perda de autonomia, a cessação antecipada da actividade laboral e o consequente alargamento do tempo de vida inactivo.

Também o autor Correia (2005) refere que, ao nível das relações familiares, nestes últimos anos, têm surgido alterações profundas, um maior número de famílias clássicas e unipessoais, emancipação da mulher, aumento da taxa de divórcios, descida da taxa de fecundidade: alterações que agravam o problema social do envelhecimento da população. Para Fernandes citada por Martins (2005, p.37), “ A solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constitui parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século”.

1.3 ENVELHECIMENTO NORMAL *Versus* ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

A OMS define Saúde como o «estado de bem-estar físico, psíquico e social completo, não sendo apenas a ausência de enfermidades». Assim, se a saúde se mantém estável nas suas componentes biológica, psíquica e social, podemos afirmar que estamos perante um processo de envelhecimento normal, mas nem sempre é frequente esta estabilidade, até ao final da vida. As patologias surgem e o ser humano tenta evitar, prevenindo o envelhecimento patológico.

O envelhecimento é um processo de declínio progressivo e diferencial pois ocorre de uma forma única em cada indivíduo. Este processo é constituído por dois tipos de dados: concretos que se reflectem ao nível da deterioração física e do aumento da dificuldade de funcionamento da cognição; e complexos no que se refere à perspectiva que cada indivíduo tem do seu próprio envelhecimento.

O envelhecimento não é uniforme e regular. Não é uniforme porque o corpo não envelhece todo ele ao mesmo ritmo e não é regular porque cada órgão, cada sistema-nervoso, imunitário, digestivo, respiratório - envelhecem de uma forma muito própria.

O envelhecimento, sendo visível nos outros, é dificilmente percebido em nós próprios porque é uma realidade humana que permanece abstracta por muito tempo. Embora o progresso da ciência e o próprio desenvolvimento da sociedade tenham evoluído significativamente nas últimas décadas, quanto ao aumento da longevidade, a verdade é que os últimos anos de vida são muitas vezes vividos em situações de fragilidade física, social e de incapacidade.

Pois, viver mais tempo, hoje em dia, significa aumentar as probabilidades de se viver com uma ou mais doenças degenerativas, de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes. Vários estudos revelam que grande parte dos idosos mantém a sua saúde ao nível biopsicossocial mas, é de consenso geral, que a vulnerabilidade à doença aumenta com o

avanço da idade (Belsky,1996; Fontaine, 2000; Fernandes, 2000; Imaginário, 2004, cit. in Cardão, 2009). No entanto, sabemos que a perda de funcionalidade não decorre apenas da doença mas das doenças crónicas que pela sua evolução, são grandes causadores de desvantagem, deficiência e incapacidade.

O envelhecimento deve ser abordado a partir de todo o percurso de vida de cada pessoa. Existem dois tipos de envelhecimento o primário ou normal e o secundário ou patológico. O primeiro refere-se ao envelhecimento sem patologias, afecta só a área da percepção, o secundário é o mais comum na sociedade e é acelerado pelas doenças.

Vários autores, após investigações sobre o processo do envelhecimento explicam-no e definem-no das seguintes formas:

(Fry cit. in Paúl, 1997, p.25) “o envelhecimento é visto como uma trajectória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência cumulativa de aumento de vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico.”

“O envelhecimento é considerado um processo, universal, lento e gradual que ocorre em diferentes ritmos para diferentes pessoas e grupos conforme actuam sobre essas pessoas e grupos as influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas do curso de vida” (Vitta,2000, p. 18).

(Sousa, 2006, p. 21) “O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação.”

“O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta. Mas o envelhecimento não é uma doença é antes um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. Desta forma pode-se destringir entre envelhecimento primário (ou normal) e secundário (ou patológico).”

Os problemas de saúde e de doença estão interligados, pois são condicionados pelo modo de vida que o ser humano tem e pelo ambiente social em que surgem.

Birren & Cunningham, em 1985, já realçavam esta teoria do envelhecimento normal ou patológico que continua actual nos dias de hoje “preconizam que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico reflecte o comportamento dos

indivíduos ao longo da vida, ou seja a forma como nós envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos.” (Fonseca, 2006, p.63)

Alguns autores afirmam que nem sempre é fácil distinguir o envelhecimento normal do patológico, pois muitos profissionais da área da saúde confundem os sintomas e alterações que surgem no envelhecimento e não valorizam as queixas do idoso, atribuindo-as a défices do envelhecimento natural. Nesse sentido, atrasam o tratamento de possíveis doenças. Outras vezes, atribuem sintomas às doenças quando estamos perante o puro e simples envelhecimento natural. (Jacob, 2004)

1.3.1 Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento

As mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento do processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da idade física, do bem-estar, do poder socioeconómico e da vivência actual das modificações, perdas e ganhos.

O envelhecimento, por mais natural que surja, traz sempre algumas alterações aos níveis biológico e psicológico, podendo, em algumas pessoas, essas alterações ocorrerem apenas ao nível biológico e, noutras a ambos os níveis.

Segundo Fonseca, “no processo de envelhecimento cruzam-se forças originárias quer do indivíduo, quer dos contextos em que a pessoa se encontra inserida, quer da interacção entre ambos.” (2006, p. 8)

Como refere Cordeiro (1994), citando Schroots e Birren, o envelhecimento tem três componentes: biológico, social e psicológico. O envelhecimento biológico resulta da fragilidade a que chama senescência. O envelhecimento social resulta dos papéis e hábitos de vida do indivíduo na sociedade e um psicológico refere-se às capacidades de auto-regulação, tomada de decisões, adaptação ao processo do envelhecimento.

O envelhecimento, como fenómeno biológico, está associado às causas do envelhecimento celular (morte de neurónios; aparecimento de placas senis; redução do peso e volume do cérebro; diminuição da neuroplasticidade) ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição da capacidade funcional. Este processo é vivido de uma forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo. (Lima, 2010)

Como refere Sousa (2006 p.22), “Uma das modificações mais relevantes ocorre na composição global do corpo, caracterizada pela diminuição da massa magra, aumento da proporção de gordura e diminuição de água no corpo.” Consequentemente, estas alterações físicas causam diminuição do tamanho dos músculos, da força e resistência muscular, falta de flexibilidade e elasticidade, alteração no controle e rapidez dos movimentos.

Para além destas consequências, os sentidos da audição e da visão são os mais agravados, deteriorando-se gradualmente, assim como a percepção temporal, o tacto, o paladar e a cinestesia limitam a actividade física e o convívio social.

O funcionamento cerebral e psicológico também sofrerá efeitos colaterais devido às alterações ocorridas no corpo do idoso.

A nível do desempenho cognitivo, o envelhecimento normal não tem revelado grandes alterações com a idade, pois vários estudos mostram que há estabilidade nas várias aptidões cognitivas.

Prull e col. (2000) e Spar e La Rue, (2005), citados por Sequeira (2007) referem que há uma diminuição da velocidade de busca da memória, sendo maior o declínio na memória a curto prazo, devido às alterações no sistema sensorio-motor.

Também o investigador Salthouse citado por Sousa (2006), afirma que as aptidões intelectuais mais afectadas no envelhecimento são a capacidade de entender a informação não verbal, aquisição e aplicação de conceitos e as actividades perceptivo-motoras. Relativamente às aptidões menos afectadas, refere a execução e resolução de problemas familiares e quotidianos a uso do conhecimento adquirido e o entendimento da informação verbal.

Alguns estudos levam a crer que a inteligência e a capacidade de aprendizagem, se forem exercitadas, podem manter-se estáveis e até mesmo progredirem.

Osório, (2007, p.15) afirma: “Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social. O envelhecimento não é medido pelo maior número de anos nem pelo colectivo de pessoas que atingem uma maior longevidade.”

Podemos concluir que relativamente à diminuição das capacidades físicas e mentais, se não forem afectadas pela doença ou pela ausência de actividades sociais, culturais, de ocupação, o idoso conseguirá ultrapassar as dificuldades de um envelhecimento normal e manter a autonomia.

1.3.2 Prevenção e Saúde

A OMS em 1995 definiu saúde como “o bem estar físico, mental e social das populações”. Assim, destaca-se a actividade física associada a benefícios físicos, psíquicos e sociais como uma forma de prevenir doenças e manter o bem estar da população em todas as idades.

Com a prática de exercícios físicos específicos, haverá uma grande melhoria no estado geral do idoso e na sua aptidão física. Devemos ter em consideração a qualidade e não a quantidade de exercício pois a falta de movimentos na velhice acelera o processo de envelhecimento, que deve ser lento e natural.

Tendo presente a progressiva tendência para a sedentarização dos idosos, torna-se pois, necessário criar hábitos de actividade física. A prática da actividade física deverá ser valorizada como estratégia de prevenção das doenças de evolução prolongadas, bem como da promoção da saúde.

Do ponto de vista da saúde, os benefícios da actividade física são:

- prevenção das doenças cardiovasculares;

- prevenção da osteoporose;
- manutenção do peso ideal;
- melhoria da capacidade funcional;
- melhoria da coordenação e da aprendizagem motora;
- aumento da mobilidade ao nível do aparelho locomotor;
- melhoria da postura;
- melhoria da aptidão para as actividades diárias.

Não é necessário praticar exercício físico intenso para se obterem benefícios, mas deve-se ter em conta o gosto de cada um e as limitações de ordem física ou patológicas que apresentam. O autor Veríssimo explica que “a actividade física regular e adequada à capacidade do idoso contraria o efeito de envelhecimento, quer a nível físico, quer a nível psíquico, sendo o aparelho cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, os mais beneficiados.” (1999,p.120)

O exercício físico assume-se como fundamental na qualificação da vida dos mais velhos. Do ponto de vista social, a adesão a um programa de exercício físico permite:

- aumentar a interacção social;
- aumentar os níveis de independência e autonomia;
- diminuir o isolamento;
- ocupar os tempos livres;
- promover o bem estar;
- aumentar a auto-estima.

A actividade física é uma forma sadia, confortável e divertida de viver a última fase da vida.

“a actividade física, minorando a perda da capacidade funcional, quer física, quer mental, pode contribuir para prevenir um dos

maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia e independência, representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso.” (Veríssimo, 1999, p.121)

Um outro exercício importante é o exercício intelectual pois é indispensável à vida mental. A falta de estimulação do pensamento tem efeitos devastadores, qualquer que seja a idade dos indivíduos. É imprescindível que, em todas as actividades que desempenhamos, treinemos a memória. No caso dos idosos que têm maior dificuldade em memorizar algo é importante que retenham dois factores que lhes possam facilitar a memorização: a atenção e a repetição.

O essencial é lembramo-nos sempre que, no domínio intelectual, perde-se pelo não uso e não pelo abuso. Assim, torna-se necessário o treino mental em actividades cognitivas tais como:

- exercitar os sentidos (neuróbica)
- provocar a imaginação, a criatividade
- aplicar o pensamento em actividades diferentes do comum (Lima, 2010).

Para além do envelhecimento físico e intelectual, temos o social, a perda do estatuto profissional, a perda do poder económico. Estas são, muitas vezes as causas para o afastamento e o isolamento do idoso perante a sociedade. Para que tal situação não ocorra, os idosos devem manter a sua participação em actividades sociais, fortalecer as relações com os amigos pois, a companhia, a entreaajuda, a pertença a grupos são essenciais, para ultrapassar os problemas únicos e imutáveis, que tantas vezes são comuns a todos.

Vários autores como Paúl (1997, 2001) e Novo (2003) citados por Fonseca (2006) referem que a dimensão relacional, ou seja, as relações sociais na velhice, são muito importantes para a promoção da saúde, especificamente a saúde mental.

A saúde mental reflecte-se na restante saúde. Cerca de 80% das doenças graves têm origem psicológica e no meio ambiente e só 20% das doenças têm origem genética (Lima, 2010).

Nesta etapa de vida, a escolha e/ou continuação dos hobbies é essencial para os seniores se distraírem, mas também para se manterem activos social e intelectualmente, ou seja, no seu bem-estar biopsicossocial.

Um outro aspecto a considerar é a alimentação. A alimentação correcta é um dos factores que maior influência tem na saúde e bem-estar. A nutrição desempenha um papel fundamental no aumento da longevidade, no bom estado de saúde e na prevenção das doenças degenerativas.

Numerosos estudos indicam que a alimentação dos idosos é desequilibrada qualitativa e quantitativamente, o que pode estar na origem de uma diversidade de patologias como: obesidade, diabetes, doenças cardíacas, cardiovasculares, malnutrição e outras com maior gravidade.

Na base destes problemas estão razões endógenas (involução fisiológica, dificuldades em mastigar, mal absorção, doenças ou incapacidade) e razões exógenas (isolamento ou exclusão social, problemas económicos, sedentarismo, álcool, tabaco, fármacodependência).

A alimentação saudável é necessária para cobrir as necessidades energéticas, a renovação dos tecidos, enzimas e hormonas, assim como assegurar as necessidades de água, vitaminas e minerais.

É fundamental uma alimentação saudável para manter o bem-estar físico, psicológico e social do ser humano, pois a alimentação desempenha um papel importantíssimo na vida e saúde de toda a população.

As componentes biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento não têm tratamento, mas podem ser contornadas. Quando se reconhece as mudanças associadas à idade, procura-se minimizar os efeitos negativos, apostando na prevenção.

Os genes conduzem-nos para a velhice. Porém, 80% da qualidade e do ritmo do envelhecimento está mais relacionado com o modo como cuidamos da nossa saúde ao longo da vida. (Lima, 2010)

Ficaremos menos ágeis de raciocínio se não nos preocuparmos com a alimentação, a higiene, e o exercício físico e mental.

1.3.3 Personalidade do Idoso

Muitas das características básicas da personalidade mostram relativa estabilidade ao longo da vida, contribuindo para a constância pessoal. A transformação e continuidade são dois aspectos complementares da evolução psíquica do adulto/idoso.

O idoso é representado a par de aspectos positivos como a sabedoria, a experiência, a moderação e o autocontrole e por outros menos favoráveis como a rigidez, o conservadorismo exagerado, a dependência, o desleixo, a irritabilidade, etc...

O declínio da força de vontade, a dificuldade, o receio e mesmo a recusa do esforço traduzem a fraqueza emotiva e afectiva, a dispersão, a insuficiência geral, das funções cerebrais.

Socialmente, o idoso vive a sua velhice conforme o ambiente em que habita. Se está integrado na família, se se sente respeitado, útil, continua a manter as suas amizades, a participar activamente no seu meio, a sua autoconfiança e auto-estima não se perdem. Ou seja, se o idoso se preparou e aceita a sua velhice, se continua a manter os seus interesses pessoais ao longo da vida, a personalidade mantém-se estável.

No entanto, com o surgimento de muitas transformações a nível físico, com o declínio progressivo da actividade profissional, social, o isolamento e, conseqüentemente das relações interpessoais, por vezes há alterações na personalidade. O idoso mostra sentimentos de desorientação, de irritabilidade, de afastamento, de tristeza, de desinteresse por si e pelo outro.

“A personalidade é uma estrutura, uma organização, ou ainda um integrador de comportamentos” (Fontaine, 2000 p. 131).

Erik Erikson, psicólogo que estudou a evolução da estrutura da personalidade ao longo da vida, acredita que a personalidade humana é determinada não apenas pelas experiências infantis, mas também pelas da idade adulta. Erikson deu um importante contributo, formulando uma teoria do desenvolvimento humano que cobre todo o ciclo vital, desde a primeira infância até a velhice e senescência. (Gleitman, 1993)

As formulações de Erikson fundamentam-se no conceito de epigênese. O princípio epigenético sustenta que o desenvolvimento ocorre em estádios sequenciais e claramente definidos. Cada um desses estádios deve ser satisfatoriamente resolvido, para que o desenvolvimento avance sem problemas. De acordo com o modelo epigenético, caso não ocorra a resolução eficaz de um determinado estádio, todos os estádios subsequentes reflectirão este fracasso, na forma de um desajuste físico, cognitivo, social ou emocional.

A velhice é o oitavo estádio do ciclo vital, de acordo com Erikson. O estádio é descrito como o conflito entre a integridade e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver, em envelhecer com dignidade e a ansiedade associada à antecipação da idade avançada, da perda de autonomia e da morte.

Estádio 8. Integridade versus desespero e isolamento (mais de 65 anos)

- Integridade é um senso de satisfação porque a vida foi produtiva e válida;
- Desespero é a perda de esperança que produz misantropia e desgosto;
- Pessoas no estado de desespero temem a morte;
- Aceitação do próprio lugar no ciclo vital é característica da integridade;

Nesta fase, o indivíduo faz um balanço da sua vida, medindo a distância entre as finalidades a que se propôs e as que atingiu. Este balanço reflecte-se

em sentimentos de bem - estar positivos ou de insatisfação consigo próprio e com a vida.

O estágio 8 da teoria de Erickson leva o indivíduo a fazer uma introspecção da sua vida. Em muitos idosos, esta análise da sua vida resulta em atitudes compreensivas, numa aceitação do envelhecimento de uma forma natural, com serenidade; todavia noutros, resulta num desespero, no sentimento de querer voltar atrás para não cometer os mesmos erros, o que as leva aceitar mal a velhice.

1.3.4 A Sexualidade no Idoso

“ O amor era amor em qualquer tempo e em qualquer lugar, mas tanto mais denso quanto mais próximo da morte”.

In El amor en los tiempos de cólera, Gabriel Garcia Márquez

Tanto o homem como a mulher continuam a sentir prazer e a necessitar de contactos físicos íntimos, mesmo após a perda das capacidades reprodutoras. “A sexualidade não se limita à genitalidade, senão que abrange os afectos e sentimentos e muitos aspectos biopsíquicos e culturais”. (Barros, 2005 p.9)

Ao longo da vida, a sexualidade vai mudando porque as pessoas crescem, mudam e mostram comportamentos mais fiéis a si próprios. Estas alterações na sexualidade ajudam a compreender e a conhecer melhor o sexo oposto e, conseqüentemente, a sua aproximação, principalmente, na terceira idade.

As pessoas idosas necessitam de manter-se activas sexualmente e sentirem-se atraentes do ponto de vista sexual. A actividade sexual pode manter-se até uma idade bastante avançada setenta/oitenta anos.

A sociedade tem uma imagem de que as relações amorosas e de intimidade são próprias da adolescência, da juventude e do jovem adulto, não dos mais velhos. Assim, o idoso perante as crenças da sociedade, vive a sexualidade de forma passiva e inactiva, convencendo-se que é o comportamento e a postura adoptar.

A sexualidade, com o decorrer dos anos, independentemente da idade, torna-se mais do que um acto sexual, pois permite às pessoas vivenciarem sentimentos que reforçam as relações humanas.

Os idosos necessitam de manter um bom conceito de si próprios, auto-estima elevada para evitar sentimentos de tristeza pela perda de alguns atributos.

A perda dos parceiros ou dos amigos, ao longo dos tempos, pode fazer com que o indivíduo se sinta muito só. Assim como as perdas físicas, a visão, a audição, a locomoção, quando não são ajudados a corrigir e a melhorar estes problemas, muitas vezes isolam-se do seu meio social.

Estas necessidades e perdas dos idosos só serão colmatadas se a sociedade / família ajudarem, tendo outras atitudes, fomentando novos relacionamentos, encontros geracionais, darem oportunidades de participação em actividades, para que os idosos se sintam amados, necessários e possuam sentimentos de pertença ao grupo de que fazem parte.

1.3.5 Mitos e Estereótipos

“Tememos a velhice quase tanto como tememos não viver o suficiente para a atingir”

(Sousa, 2006 p.24)

Na sociedade actual, os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para os isolar. As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e, em parte, responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios.

Conforme Pimentel afirma, “As imagens negativistas e os mitos que se têm construído em torno do processo de envelhecimento, desvalorizam o estatuto social do idoso e condicionam as suas oportunidades de realização e de auto-valorização.” (2001, p.19)

O envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida do ser humano, o desconhecimento sobre o envelhecimento, por parte sociedade, conduz a falsas percepções que acabam por associar a velhice à doença, ao aborrecimento, ao egoísmo, à dependência, à perda de estatuto social, às rugas e cabelos brancos que acabam por levar os idosos à solidão, acelerando o processo de envelhecimento.

A Gerontologia tem vindo, recentemente, nas suas investigações, a dissipar alguns destes estereótipos face ao idoso, enquanto pessoa frágil, dependente, pobre, assexuado, esquecido, infantil, e contribuído para uma descrição mais realista do que é o adulto na última fase do ciclo vital (Lima, 2004).

Contudo, existe ainda algum desencontro entre as investigações recentes que vêem o envelhecimento como uma experiência positiva e o senso comum que continua a vê-lo de uma forma mais negativa. Esta visão, mais sombria, acaba por estar presente, não só nos próprios idosos que se acomodam e assumem estas representações, mas também nas suas redes de suporte.

Os mitos e estereótipos relativos à terceira idade são muitos e apresentam-se em frases, expressões que estão tão enraizados que por vezes se tornam numa realidade.

Alguns dos mitos e estereótipos da velhice por parte da sociedade estão associados:

Ao processo cronológico - progressivo, contrastando com a vitalidade de alguns idosos;

À improdutividade - alguns idosos ainda mostram ter capacidade para fazer grandes obras;

À senilidade - confundir velhice com doença;

À inexistência de interesse e desejo sexual - realização de casamentos e vida a dois;

Ao estado serenidade - conflitos e angústias/força e vontade de acompanhar a família;

À deterioração da inteligência - o idoso apresenta várias formas de pensar e nostalgia;

À desvinculação com o futuro - alguns têm interesse em aprender coisas novas, úteis;

Ao isolamento e alienação - gosto pela convivência intergeracional e pela socialização;

À inutilidade do viver - colaboração com os outros e com a comunidade, pela descoberta.

Estes mitos e estereótipos estão ligados a “ditados populares” do senso comum tais como: “Ninguém quer ser velho nem morrer novo”; “Burro velho não aprende línguas”; “Velhos são os trapos”; “Velho e namorado, cedo enterrado”...

O preconceito contra o idoso, baseado em modelos de infantilidade e incapacidade, promove políticas sociais paternalistas e destrutivas que em

nada ajudam o idoso, pelo contrário, efectivam a sua condição de dependência e impedem que o idoso transmita os seus potenciais, a sua sabedoria.

É necessário que a sociedade em que vivem os idosos mude de postura, possua atitudes positivas, face ao envelhecimento. Pois, como refere Fernandes, “ A forma como a sociedade considera a velhice afecta o juízo que os idosos fazem de si mesmos. Corremos o risco de que as pessoas idosas se tornem «incapazes»” (2000, p.32).

1.4 CONTEXTOS SOCIAIS - INTERACÇÕES

1.4.1 Idoso e Família

*“É nas velhas casas, onde
parece flutuar ainda a penumbra
dourada do passado, que
se recebe, mais perdurável e mais viva,
a impressão da família e do lar”*

(Júlio Dantas)

Com as transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o envelhecimento, o idoso tende a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se cada vez mais à sua família. A família é uma célula fundamental, é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicosociais, individuais ou colectivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças. Assim, a família deve ser a estrutura onde todos os membros da família se apoiam e reúnem esforços para a realização de várias tarefas.

Vários estudos indicam que os idosos preferem e se sentem mais satisfeitos com a vivência no meio familiar e junto dos vizinhos e amigos onde passaram a maior parte da sua vida (Osório, 2007).

Contudo, a família, um lugar de trocas intergeracionais, segundo Nogueira (1996) cit. in Millenium (2006) tem sofrido violentos abalos e

consequentes transformações na sociedade moderna, nomeadamente com as migrações; a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial; a desintegração do sentido e responsabilidade de família; a assimilação de novos valores e atitudes, condutas ligadas à industrialização, à cidade... Consequentemente, estas transformações levam a família a não ser capaz de resolver os problemas e necessidades dos idosos, como as necessidades físicas, psíquicas e sociais.

Cuidar de um idoso, numa família, não é sinónimo de stress. Os aspectos gratificantes deste papel ultrapassam a obrigação moral, na medida em que a intimidade e solidariedade que este papel origina, em muitas situações, compensa a falta de alguma proximidade no passado e promove a alegria de poder adocicar o fim da vida dos que nos são queridos. A sobrecarga e o desgaste físico, que o cuidar do idoso origina, pode ser reduzida se houver este género de sentimentos.

No entanto, um idoso, mais ou menos dependente, em sua casa ou co-residência, gera frequentemente alguns problemas para quem cuida dele. Um dos aspectos preocupantes no envelhecimento das populações é a alteração dos papéis dos membros da família, sobretudo da mulher que cuida, e as alterações que disto advêm: a sobrecarga aumenta pela simultaneidade de cumprir as tarefas de cuidar dos idosos e de manter o seu emprego fora de casa. O surgimento de certas incapacidades e, por sua vez, a perda de autonomia representam um encargo pesado para a geração dos filhos que, muitas vezes, ainda têm ao seu encargo descendentes menores. A velhice tende, por isso, a sair do domínio privado da vida familiar para o espaço público das instituições que vão ganhando cada vez maior visibilidade.

Contudo, cuidar de um idoso é um processo que, na maioria das vezes, põe de parte os aspectos agradáveis do dia-a-dia e apenas valoriza os problemas que este “cuidar” acarreta, tão contrário do cuidar de uma criança que acarreta também problemas, mas que, em termos de conotação, esse processo em nada se assemelha. As crenças e ideologias de cada um de nós referentes ao “cuidar do idoso” interferem na forma como se desempenha o papel de apoio ao próprio idoso. “Os familiares apresentam como razões para

cuidar dos pais ou parentes idosos um misto de dever, obrigação, amor e afecto” (Pimentel, 2001, p.90).

George e Gwyther definem sobrecarga enquanto “problemas físicos, psicológicos ou emotivos, sociais e financeiros que podem ser experienciados por membros da família que olham por idosos incapacitados”. (George e Gwyther, 1986 cit. por Paul, 1997). Braithwaite (1992) considera que a sobrecarga se refere à perturbação surgida aquando se cuida de um idoso com dependência física ou incapacidade mental, e acrescenta a esta noção a “ preocupação, ansiedade, frustração, depressão, fadiga, fraca saúde, culpabilidade e ressentimento.”

Na nossa sociedade, cada vez mais hedonista, que cultiva a imagem pelo corpo bonito e saudável, convive-se mal com a velhice e com as suas marcas inevitáveis da deterioração e sofrimento. Assim, esta última fase da vida revela-se um factor de exclusão social, apesar de encoberto pelas instituições e familiares.

Tal como refere Carvalho (2002, p.8) “a velhice é um direito com que nascemos e que, como tal, deve ser garantida, usufruída e respeitada.” Assim, a velhice não deve ser encarada pela sociedade como um fardo, nem como uma fase de inferioridade cívica, que se esconde. Pelo contrário, exige que se disponibilizem ou criem recursos científicos, sociais e educativos capazes de lidar com a nova realidade de uma sociedade envelhecida.

É notória importância do papel da família, pois é a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos. Porém, os amigos também têm um forte efeito no seu bem-estar. Os amigos são uma parte importante das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, social e até mesmo a nível material.

O antigo secretário-geral das Nações Unidas Kofi Annan, em relação à importância da intergeracionalidade, ao elo de ligação que deve existir entre famílias e entre gerações, referiu o seguinte:

“ as famílias são fundamentais para socializar e educar as gerações jovens e para prestar cuidados e apoio às gerações idosas... devemos basear-nos na ideia de que a sabedoria e experiência das

peças idosas são um elemento realmente vital, tanto para as famílias como para as sociedades. Os idosos são o elo de ligação entre o passado, o presente e o futuro.

(in Pretextos, nº15, 2004)

1.4.2 Redes de Suporte Social do Idoso

Alguns contextos de vida, dos quais os idosos fazem parte, são compostos pelas pessoas com as quais mantêm relações significativas e que também podem ser definidas como redes de suporte social (Sousa, 2006).

Estas redes sociais são compostas geralmente por familiares e amigos significativos e assumem um papel indispensável ao desenvolvimento e qualidade de vida do idoso. Tendo em conta todo o conjunto de situações que o vulnerabilizam a maior stress, contribuem para diminuir o stress e para o idoso manter maior controlo em lidar com determinadas situações (Paúl, 1997).

É na família que todos desejam envelhecer! Actualmente, pode dizer-se que, cada vez mais, assistimos ao entrecruzar de gerações que podem viver o fim da vida, considerando-se “novas formas de família”. Segundo Minuichin (1982), definem-se como “famílias acordeão” devido ao movimento de entradas e saídas e de interacção de diversas crises com consequentes exigências de flexibilidade e adaptação dos vários núcleos familiares envolvidos.

O ciclo de vida familiar descreve o modo como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua existência. As várias abordagens ao ciclo de vida vêem a família como um sistema que se move ao longo do tempo, incorporando elementos e perdendo membros. Cada vez mais, se assiste ao prolongamento do ciclo de vida familiar, onde os idosos têm um papel relevante.

O ciclo da vida familiar tem sido dividido em estádios definidos a partir de momentos de crise (de acesso ou de desmembramento). Segundo o modelo de Cárter e Mcgoldrick (1995), o ciclo divide-se em 6 estádios, sendo o sexto estádio, denominado de “famílias no fim da vida”, caracteriza-se pela aceitação da mudança nos papéis geracionais, pela aprendizagem na gestão das perdas

e lidar com as perdas de poder e prestígio, também, pela exploração de novos papéis sociais e familiares e pela adaptação à diversidade social.

Com o envelhecimento, as redes sociais vão sendo diferenciadas e, progressivamente, tornam-se mais restritas, na medida em que, chegada à velhice, estão ligadas algumas barreiras que não só dificultam e modificam a manutenção de relações, como lhes causam alguma instabilidade. Com a velhice, surgem perdas relacionais marcadas pela morte de amigos e familiares, existe uma maior vulnerabilidade pessoal face às limitações físicas e psicológicas e à mudança das suas necessidades, bem como um aumento das barreiras ambientais e contextuais (por exemplo: diminuição do estatuto económico-social). Além da diminuição de tamanho das redes sociais, verifica-se uma redução dos níveis de reciprocidade das relações, uma vez que o idoso tende a concentrar as suas relações mais na família do que na rede de amigos (Sousa, 2006).

Para o idoso, as suas fontes de apoio, no que diz respeito aos amigos, assumem uma conotação diferente, as amizades são mais expressivas e livres, baseadas na partilha de interesses; os amigos têm um efeito muito positivo no bem-estar subjectivo do idoso e são uma importante rede de apoio emotivo e instrumental.

Enquanto, na família os encontros são algumas vezes conflituosos e ligados a rotinas, nos amigos, os encontros são vistos de uma forma mais estimulante. Por sua vez, os encontros com vizinhos baseiam-se sobretudo na proximidade e entre-ajuda.

“Apesar das relações de amizade se tornarem mais pragmáticas na velhice, há amigos que são dificilmente substituíveis e nenhuma tentativa é feita nesse sentido; neste âmbito, incluem-se as relações de grande intimidade e forte cumplicidade. Os “velhos amigos” são importantes, especialmente, na sustentação da identidade num mundo em mudança, fazem-no através da partilha de tarefas e contribuem para a interpretação do passado e presente” (Stevens, 2001 cit. por Sousa, 2004 p. 39).

“Os idosos utilizam as suas redes sociais – familiares e amigos, basicamente – tanto para a resolução de problemas como para manter a sua integração na sociedade” (Osório, 2007 p. 232).

Os familiares são os maiores prestadores de apoio para a resolução dos problemas e os amigos permitem um melhor acesso às actividades de ocupação.

No entanto, alguns idosos, perante os problemas de saúde agravados, desistem de substituir o seu grupo de amigos, uma vez que criam poucas expectativas perante novas relações, ou por razões de lealdade face aos antigos ou falecidos ou de necessidade própria.

Também com a diminuição das redes de suporte social na velhice, o conceito da solidão interliga-se com a situação do isolamento ou de viver só. A solidão é um sentimento comum entre idosos. No entanto, não é um efeito da idade, mas sim de factores que se relacionam com os recursos e acontecimentos de vida do próprio idoso. Correia, citado por Fernandes (2000 p. 52), afirma o seguinte relativamente à solidão: “ este sentimento é vivido numa forma muito especial pelos idosos pois, enquanto nas outras idades se vão encontrando compensações, aqui não existem alternativas e a solidão domina toda a vida do idoso.”

Sentir-se só refere-se à percepção de privação de contacto social ou à falta de pessoas disponíveis. A vontade do idoso em interagir com os outros fica dividida entre o desejo e a realidade (Sousa 2006).

As condições favoráveis aos desenvolvimentos pessoal e social dos indivíduos e famílias não se confinam apenas ao (s) núcleo(s) familiar(es) mas também aos grupos de pertença e à rede social de apoio, fundamental para o seu bem estar e saúde mental. Compreender, apoiar o indivíduo e a família a nível das suas fragilidades, na promoção do seu bem-estar e no desenvolvimento de capacidades de como actuar, implica necessariamente uma visão e actuação sistemática, nestas diferentes vertentes em interacção.

1.4.3 Idoso e Cuidadores Formais

“Tudo o que existe e vive precisa de ser cuidado para continuar a existir. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa de ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa de ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.” (Boff, 1999)

A palavra “Cuidado” é definida como precaução, atenção, dedicação, serviço em função dos outros e individual. Segundo Waldow (1998) citado por Lurdes Almeida (1999, p. 66) citando *“Cuidado humano consiste em uma forma de ser, de viver, de se expressar.”* A autora supra citada diz-nos que cuidar é intrínseco à própria vida e refere a autora Collière (1989, p. 235)

“cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”.

Para prestar um serviço ao outro, é necessário conhecer bem a pessoa, a sua história de vida, as suas dores, incapacidades, as suas emoções, pois além de cuidar do corpo é necessário cuidar do bem-estar psíquico.

Nas instituições, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores designados por cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadores específicas das instituições. Normalmente, os principais objectivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais.

O cuidador deve identificar as necessidades físicas e psíquicas do idoso e avaliar as potencialidades e expectativas “...o acto de envelhecer, não implica necessariamente, uma ruptura com os hábitos de vida nem uma alteração radical ao nível das necessidades” (Pimentel, 2001, p.233) para prestar o cuidado necessário, individualizado, estimulador para que o idoso seja autónomo na realização das suas actividades básicas e instrumentais de vida.

Para dedicar o cuidado necessário ao idoso, o cuidador deve possuir formação profissional na área, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas (conhecimentos teóricos e práticos), éticas e morais. O cuidador deve estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, deve estar motivado e mostrar empatia pelos idosos.

Para além destas qualidades e habilidades que o cuidador deve possuir, é importante que estabeleça uma relação próxima com a família de quem está a cuidar, para garantir uma sintonia favorável, de bem-estar para quem cuida e principalmente para quem é cuidado.

Como refere Pimentel, cuidar de um idoso é semelhante a cuidar de uma criança, mas o idoso tem a sua história de vida, que deve ser respeitada e valorizada. O cuidador formal deve estar consciencializado para estas questões, recorrendo a informações e formações sobre o envelhecimento e aspectos relacionados - “Esta é uma das questões básicas para promover a humanização dos serviços” (2001, p. 233).

1.4.4 Idade da Reforma

Nos séculos XIX e XX, pela alteração da estrutura económica devido à crescente industrialização, o idoso deixou de ser reconhecido pela sua experiência para ser visto como inútil, fraco e improdutivo. Para além da forte industrialização, também a nível familiar surgem grandes mudanças, principalmente no papel da mulher, pelo facto de ter cada vez menos filhos e contribuir igualmente para o sustento da família. Daí a importância da força física que contribui para a produtividade. Esta realidade difere de sociedade para sociedade e é mais valorizada nas sociedades ocidentais que, devido ao seu desenvolvimento e consumismo, enaltecem a produtividade. Ou seja, a velhice é avaliada pela rentabilização da força do trabalho uma vez que é determinada, principalmente, pela ausência de recursos, por ser uma fase terminal do ciclo laboral/ início da reforma.

Em Portugal, por volta dos anos setenta, com a mudança de regime, aperfeiçoaram-se as políticas sociais de protecção aos idosos com a criação de um sistema de segurança social: atribuíram-se pensões e reformas, descontos em vários serviços, entre outros.

Até há alguns anos, a reforma era um marco do início da velhice. Hoje, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões que não se prendem só com a idade, mas situações como o desemprego, incapacidade física, reforma antecipada, situações estas que nem sempre são bem aceites pelo homem.

Segundo Larousse, o termo reforma designa o estado de um indivíduo retirado dos negócios, da vida activa, o estado de empregado que abandona ou perde o emprego, recebendo uma pensão.

A autora Anne-Marie Guillemard citada por Fernandes, defende uma dupla significação de reforma: por um lado, representa o afastamento do circuito de produção em que o indivíduo estava envolvido. Por outro, tal afastamento oferece a contrapartida do direito a um repouso renumerado, ou seja, ao mesmo tempo “que a reforma assegurava certa garantia contra a miséria ela institucionalizava a perda de capacidades dos velhos trabalhadores e a sua desvalorização” (1997 p.17).

“O momento da reforma continua a significar uma imposição impiedosa, quando deveria ser encarada como um momento de liberdade, como mais um momento de liberdade neste nosso devir humano.” (Baptista, 2002 p. 73 e 74)

A reforma modifica a organização das actividades e ocupações diárias às quais a pessoa estava habituada. Esta mudança repentina nem sempre é bem aceite pelo indivíduo pois, muitas vezes, vê-se forçado a mudar todos os seus hábitos. Na vida social, dá-se uma ruptura nas relações profissionais e uma alteração nas relações com o conjugue ou familiares, com quem se passa a conviver mais tempo.

O vazio social, criado pela perda do estatuto profissional provoca uma perturbação do equilíbrio psíquico que necessita de uma nova estruturação da

personalidade, em busca de um novo centro de gravidade, de uma nova ancoragem.

As condições económicas também podem ser alteradas, o reformado passa a possuir menor poder financeiro, tendo que abdicar de alguns interesses e gostos do seu dia-a-dia.

Em relação, ao seu tempo livre, nem sempre o reformado lida bem com esta nova situação. Se não tiver um acompanhamento que estimule a participação em diversas áreas culturais, desportivas, de acordo com os seus interesses, a velhice não é bem-sucedida.

Frequentemente, a reforma suscita sentimentos de insatisfação por razões de ordem económica, pela situação de desocupação, de solidão, de sensações de isolamento, de inactividade e de inutilidade. Assim, no sentido de combater e de melhor enfrentar esta mudança de vida, todas as pessoas deviam ter uma preparação prévia da reforma e estabelecer um programa equilibrado para melhor viver nesta fase.

Envelhecer não é uma doença e deve ser encarado de uma forma positiva e gratificante. Nada justifica a rejeição da pessoa idosa; pelo contrário, a sua inserção deve ser, cada vez mais, um dos grandes desafios das sociedades modernas e o problema social que representa a velhice começa a separar-se da idade da reforma. O idoso reformado é cada vez mais jovem, necessitando assim de ocupar o seu tempo, mantendo-se independente e autónomo.

Cordeiro (1982) e Olivenstein (2000) concordam que o sentimento de inutilidade associado à reforma, por parte dos idosos, é ultrapassado quando estes investem de uma forma positiva em actividades de ocupação, de interesse e de valorização pessoal.

CAPÍTULO 2

2.1 QUALIDADE DE VIDA

“ A Ciência resolveu o problema do prolongamento da vida, mas agora é necessário resolver o da velhice com qualidade de vida.”

(Azeredo, 2002, p.178)

A Qualidade de Vida tem vindo a ser estudada nos últimos vinte anos de forma mais intensa e refere-se ao estar subjectivo que, no caso do idoso, está associada a conceitos tais como: felicidade, qualidade de vida e velhice bem-sucedida (Simões, 1992).

Assim, o bem-estar subjectivo é concretizado através de indicadores como a felicidade, o moral e a satisfação com a vida. Este refere-se ao grau de contentamento com a forma como a vida tem corrido.

Vários autores definem Qualidade de Vida de formas diferentes, mas todos aplicam o conceito de bem-estar social dos indivíduos, sendo este sinónimo da satisfação global dos indivíduos e da sociedade, ou seja, em relação à existência do ser humano e à vida social.

“A qualidade de vida do ancião está muito relacionada com seus recursos biológicos, mas também intelectuais, sociais, laborais, psicológicos, afectivos e económicos que foram acumulados durante sua vida e que muito lhe influenciam”.(Fairman, 2006, p. 16)

Segundo Fonseca (2006), o conceito de envelhecimento com qualidade de vida só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando

uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

Neri (1999), citado por Azeredo (2002, p.180), define assim a Qualidade de Vida na velhice:

“é um constructo sócio-psicológico e processual que reflecte formas socialmente valorizadas e continuamente emergentes da adaptação a condições de vida culturalmente reconhecidas que a sociedade oferece aos seus idosos”, ou seja é o “resultado de um processo contínuo de mudança no indivíduo e numa unidade sócio-cultural em que se desenrola a sua história pessoal.”

A OMS (2002) define Qualidade de Vida como a “percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vivem e em relação aos seus objectivos, expectativas, preocupações e padrões de bem-estar”. (...)

A Qualidade de Vida depende da conjugação de factores sociais (contactos com o outro), factores físicos (saúde ou patologia), factores funcionais (actividades de vida diárias) e factores psicológicos (estado emocional).

Quando estes factores falham ou se tornam mais deficitários, o ser humano torna-se mais débil, vulnerável e a Qualidade de vida é afectada.

Em relação aos idosos, estes factores são muitas vezes afectados, com as perdas dos familiares, a inexistência do contacto com o outro, as debilidades físicas, o que leva a concluir um decréscimo da Qualidade de Vida no envelhecimento.

Existem idosos que conseguem ultrapassar todos estes factos com serenidade e bom senso (características do idoso para se adaptarem às situações negativas) e manterem a sua existência com Qualidade de Vida.

Podemos afirmar que os factores psicológicos e sociais têm muita influência ao longo da vida, que determinam ou não um envelhecimento com qualidade. É fundamental ter estratégias de adaptação, de controlo sobre as mudanças que vão surgindo, para que se saiba lidar com as perdas ocorridas e as que possam ocorrer.

Segundo Paúl (2002), o segredo de uma velhice bem sucedida depende da capacidade psicológica de cada um em encontrar o seu caminho de envelhecimento óptimo, caminho esse que cedo se inicia, com progressivos cruzamentos de fugas e entradas. Além disso, depende do diálogo entre o sistema biológico, psicológico e social do indivíduo e das repercussões que têm entre si.

O modelo psicológico de velhice bem sucedida considera o envelhecimento como um processo de especialização apoiado em mecanismos de optimização, selecção e compensação (Paúl, 2002).

“O envelhecimento mais bem sucedido é o dos indivíduos que mantêm projectos e objectivos que correspondem a tarefas de vária ordem, afectiva, física e cognitiva, ainda que o corpo não facilite o cumprir desses desejos”. (Paúl, 2002, p.32)

A satisfação de vida e bem-estar na velhice implicam um reajustamento psicológico em relação às mudanças do corpo e uma adaptação à própria sociedade. É importante que o idoso mantenha objectivos de vida que vão para além da morte, que adapte os seus objectivos e tarefas aos limites do seu próprio corpo, com a execução de actividades e com autonomia. Tal como refere Paúl, (2002, p.32) “ a intervenção passa por procurar motivos e vasculhar novos objectos de afecto, reconstruir significados em ligação com o tempo presente.”

Envelhecer com Qualidade de Vida implica que este processo seja vivido de forma dinâmica a que os gerontólogos designam por - Envelhecimento Activo.

A OMS (2002) definiu o Envelhecimento Activo como:

“O processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece (que permita) que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida e participem conforme as suas necessidades, desejos e capacidades”.

Vários factores podem contribuir para um envelhecimento com qualidade, bem sucedido, como a ocupação do tempo, a participação em actividades com objectivos gerontológicos, a prevenção e promoção da saúde, ou seja, tudo o que possa contribuir para um envelhecimento activo.

2.2 ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL EM IDOSOS

O conceito de animação que deriva do latim “Anima”, que significa “Princípio de Vida” é definido pelas diferentes correntes sociológicas, psicológicas e ideológicas, mas, todas apresentam em comum a acção exercida no indivíduo ou no grupo, tendo em vista a transformação de atitudes, de novas formas de vida social da capacidade de participação e de iniciativa.

Osório citando J. Trilla (2004) define:

“animação sociocultural como uma intervenção, uma actividade da prática social, uma técnica ou um instrumento, como um processo, como um projecto no sentido de actividades para um grupo específico da sociedade. A animação sociocultural supõe uma função social na comunidade e é, ao mesmo tempo, um factor operativo para a transformação da realidade nos diferentes grupos sociais.”

A animação pode ser vista como uma forma de fazer com que todas as actividades humanas tragam à pessoa uma grande satisfação no acto da sua realização. Estas actividades têm como objectivo tentar adaptar o indivíduo à sociedade, de forma a reduzir o isolamento social, proporcionando prazer e distração.

A animação para idosos é a “maneira de actuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, sendo um estímulo permanente da vida mental, física e afectiva da pessoa idosa” (Jacob, 2007, p.31).

Segundo Jacob, a animação actua em várias dimensões a nível intelectual, biológico, psicológico e social.

Quanto à dimensão intelectual, o tipo de animação que favorece a prática do exercício mental são as actividades cognitivas ou mentais e atenção como jogos de atenção, linguagem, leitura estas ajudam a manter um discurso coerente, uma autonomia pessoal face às crenças e ideias.

A animação física ou motora (ginástica, dança, motricidade fina e grossa) assume um papel importante na manutenção da saúde física, ou seja, na dimensão biológica pois, com a passagem dos anos é crucial a prevenção a nível da saúde.

A nível psicológico, os programas de animação devem ser promotores do desenvolvimento pessoal e social, através de actividades como dinâmicas de grupo, auto-conhecimento, expressões dramáticas, música, escrita estas competências devem ser valorizadas para aumentar a Qualidade de Vida do idoso.

Em todas as fases da vida, é importante a participação, a actividade na vida social e comunitária mas, com a chegada da reforma, é importantíssimo que o idoso mantenha os seus contactos sociais. Assim, a animação comunitária (voluntariado, associativismo, passeios, festas, património cultural...) envolve um conjunto de actividades que continuam a aproximar o idoso da comunidade envolvente.

As actividades de animação devem ser vivenciadas pelo indivíduo de maneira a que lhe desperte interesses e capacidades individuais, possibilite a comunicação, estimule a criatividade, fomente e promova acções socioculturais, encoraje à independência e estimule a criatividade.

“A educação para o lazer entre idosos tem por objectivo facilitar o desenvolvimento de um estilo de vida que aumente a sua qualidade de vida” (Osório, citado por Jacob, 2007, p.31).

Num programa de animação sociocultural dirigido à população sénior é importante termos presente os objectivos da animação de idosos destacando os seguintes: promover a inovação e novas descobertas; proporcionar uma vida mais harmoniosa, atractiva e dinâmica com a participação e envolvimento do idoso; motivar para que continue activo, participativo, solidário e útil no meio social; rentabilizar os serviços e recursos comunitários para melhorar a qualidade de vida do idoso; favorecer um envelhecimento “normal” frente a um envelhecimento “patológico”; valorizar e desenvolver competências, saberes, experiências, aumentando a sua realização pessoal; promover o ânimo para que se afirma como um cidadão com todos os direitos e presente na vida social; incrementar a ocupação adequada do tempo livre; melhorar a sua saúde e qualidade de vida; estabelecer um vínculo entre o passado, o presente e o futuro e combater o stress. (Jacob, 2007)

Para que o idoso adira a programas de animação é importante que o animador estabeleça uma relação de confiança, dê explicações imediatas, simples, respeite as vontades, motive, conheça as intenções e expectativas do idoso. O autor Jacob (2007, p.34) define o papel do animador como “confidente, o conselheiro, o amigo, e com o decorrer do tempo, alguém muito próximo do idoso. É necessário, de facto, os animadores terem uma grande estabilidade afectiva e emocional para conseguirem desempenhar estas funções.”

O animador, juntamente com os idosos, deve planear, executar projectos e programas adaptados, em diversas áreas tendo em conta os objectivos acima citados. As actividades devem ser ligadas às experiências de vida, às tradições laborais, ao património cultural, pois levam o idoso a vivenciar sensações de estabilidade, de afectividade e criação de valores de identidade.

“A importância da animação social das pessoas mais velhas é facilitar a sua inserção na sociedade, a sua participação na vida social e, sobretudo, permitir-lhes desempenhar um papel, inclusive, reactivar papéis sociais (Hervy, 2001 citado por Jacob, 2007).

2.3 OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE

“ Viver a vida de uma forma positiva é uma questão existencial”
(Azeredo, 2002, p.180)

É essencial para o idoso ocupar o seu tempo, interessar-se por várias actividades físicas, sociais e cognitivas, evitando a ociosidade, o tédio e a inactividade. Assim, poderá garantir e favorecer o equilíbrio físico, mental e a saúde psíquica.

Uma das causas que prejudica o quotidiano das pessoas neste período é a falta de preparação para esta fase da vida aliada muitas vezes à perda de estatuto e, conseqüentemente, à desvalorização social. Muitas vezes, esta fase da vida, torna-se num período indesejável, carregado de tédio, de preocupação financeira, quando deveria ser encarado como uma fase de conquista, um benefício, uma possibilidade de realizar sonhos.

Os autores afirmam que o ser humano tem necessidade de realizar actividades que vão desde os cuidados pessoais, às actividades básicas e instrumentais de vida diária, ao trabalho, ao lazer, à manutenção dos direitos e papéis sociais. Contudo, com a passagem à reforma existe uma redução destas actividades e são substituídas por outras, assim sendo, torna-se conveniente preparar, pensar e agilizar essas actividades previamente.

Muitos idosos, nesta fase da vida, dizem que querem descansar. Isto, não deixa de ser um direito mas não é uma atitude saudável, pois é um período da vida em que o indivíduo adquiriu toda uma experiência, uma vivência; tem muito para dar e receber, precisa de continuar a viver, acreditar, lutar e crescer.

Fonseca (2005) refere que há necessidade de ocupar o tempo mas de uma forma comprometida, ou seja, com objectivos, promover a ligação entre tempos livres e aprendizagem /formação, dos quais surgem frutos positivos. O autor também refere que não há actividades e formulação de projectos consoante as idades mas sim conforme os interesses de cada indivíduo.

Existe um grande leque de oferta de actividades para seniores proporcionadas pelos vários recursos locais desde autarquias, instituições públicas, empresas privadas, entre outros, dinamizadas por profissionais especialistas na área de gerontologia. Mas, só fazem sentido, se forem de encontro às necessidades e desejos da população alvo. As actividades de que os idosos podem usufruir são várias, desde actividades lúdicas (jogos tradicionais..), actividades físicas (ginástica, piscina..), manuais (modelagem, costura, pintura..), intelectuais (universidades seniores, dinâmicas de grupo..), artísticas (teatro, grupo de cantares..), associativismo (voluntários, clubes..) convívios intergeracionais, passeios, actividades que impliquem novos conhecimentos e contacto com novas realidades, com as novas tecnologias, entre outras.

A animação sócio-cultural é um género de intervenção que surte efeitos muito positivos nos idosos. Segundo Osorio, tem como missão converter as pessoas ou grupos em agentes ou protagonistas do seu próprio desenvolvimento.

“Os processos de animação são de participação criando espaços para a comunicação dos grupos e das pessoas, para estimular os diferentes colectivos a empreender processos de desenvolvimento social (resposta às suas necessidades num espaço, tempo, situações determinadas..) e cultural (construindo a sua própria identidade colectiva, gerando e participando nos diferentes projectos e actividades culturais).” (Osorio, 1997, p.261)

No entanto, surgem algumas barreiras à realização destas actividades por parte dos idosos, como as capacidades físicas (problemas de visão, de locomoção, doenças cardiovasculares frequentes nesta faixa etária), falta de segurança e dificuldades económicas. A falta de integração social, e conseqüentemente, menor participação activa, deve-se essencialmente à falta de poder económico.

“A reforma nestas classes, tende a produzir objectivamente a desocupação, vivida sob a forma de “tédio” ou de “sentimento de inutilidade” já que não detiveram os meios (financeiros e culturais) para se apropriarem dos instrumentos que lhes permitissem “ocupar o seu tempo”. Não dispõem assim do “capital social” que acompanha, nas classes superiores, a posse das diferentes espécies de capital (económico, social e cultural).”

(Santos, Encarnação, 1998, p.139 e 140)

Os idosos com um poder económico mais reduzido, circunscrevem-se ao seu espaço, não tendo oportunidade de usufruir de actividades sociais e culturais, com a sua rede social, família e amigos. Os que possuem um rendimento económico mais estável conseguem manter e efectuar os seus interesses sociais e culturais.

Mas, há um conjunto de caminhos e alternativas possíveis a percorrer e que ajudam a ultrapassar algumas destas dificuldades, basta a força de vontade e viver bem cada fase da vida. O importante, é manter-se sempre activo, interessado e em contacto com os outros.

Cada idoso deve incutir em si comportamentos saudáveis, que permitam um envelhecimento normal e saudável tais como:

- querer aprender e evoluir, adaptar-se e modificar-se a novas situações;
- apelar à criatividade e invenção;
- criar novas e significativas relações de amizade;

- empenhar-se em causas e alargar o campo das experiências sócio-culturais;
- evitar o isolamento;
- cultivar a alegria de viver.

Para que o ser humano obtenha uma velhice bem sucedida, é necessário todos os responsáveis (sociedade) apoiarem, ou seja, facilitar o acesso dos idosos a actividades culturais e fomentar, entre eles, o emprego criativo do tempo livre através de uma educação para o ócio, melhorando a sua qualidade de vida e a capacidade de se sentirem úteis. Ao mesmo tempo, devem promover uma cultura de participação e de solidariedade. (Levet,1995)

CAPÍTULO 3

3.1 RESPOSTAS SOCIAIS

Desde o século XV que existem equipamentos para os idosos designados por asilos. A partir dos anos 50 e 60, a sociedade e o Estado deram um novo nome aos asilos substituindo-os por lares de idosos. É nas instituições tradicionais, desde a acção das misericórdias até às mais variadas organizações, que se forma e desenvolve a gestão pública da velhice.

Segundo Fernandes (1997), é só a partir da década de setenta que as instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção e da integração das pessoas idosos na comunidade.

Em Portugal, a Segurança Social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade) é a instituição oficial da protecção social na sociedade. Aos Centros Regionais de Segurança Social compete “assegurar a nível regional, a concessão de prestações da Segurança Social e a presença de modalidades de acção social previstas na lei e nos regulamentos” (Lei Orgânica da Segurança Social).

A protecção social das pessoas idosas, prestada pela Segurança Social, refere-se às reformas por velhice ou doença, pensões sociais, complemento por dependência, complemento solidário. Para além destas prestações, a Segurança Social, através do sistema de acção social, dirige equipamentos e serviços sociais que são as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Santas Casas da Misericórdia, Lares, Residências Comunitárias, Unidades de Cuidados Continuados, Acolhimento familiar etc...

As respostas sociais mais comuns direccionadas para os idosos integradas em IPSS apoiadas pela Segurança Social conforme os Guiões técnicos da Direcção-Geral de Acção Social são as seguintes: Centro de Convívio - “resposta social, desenvolvida em equipamento de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais organizadas e dinamizadas pelos idosos ou instituição de uma comunidade.” Os serviços que prestam são actividades lúdicas e culturais de acordo com as necessidades e interesses da população. Os centros de convívio normalmente funcionam de 2ª a 6ª feira.

Centro de Dia – “resposta social, desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.” Os serviços que prestam são refeições, cuidados de higiene pessoal e roupa, actividades ocupacionais, acompanhamento médico, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida ao nível das necessidades básicas. Funciona, normalmente, de 2ª a 6ª feira das 9h às 18 horas.

Serviço de Apoio Domiciliário - “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária.” Os serviços prestados são cuidados de higiene pessoal e doméstica, tratamento de roupas, fornecimento de refeições, acompanhamento ao exterior. Os objectivos desta resposta social são permitir a continuidade das pessoas no seu domicílio evitando ou retardando a institucionalização e contribuir para a melhoria das condições de vida. Funciona todos os dias e já em algumas instituições, 12h a 24 horas por dia.

Lar para Pessoas Idosas - “resposta social desenvolvida em alojamento colectivo de utilização temporária ou permanente para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia” prestam todos os serviços básicos, de saúde e de animação sócio-cultural. Os objectivos desta resposta social são acolher pessoas idosas cujos problemas de saúde e problemas sociais não sejam passíveis de melhorar com outro tipo de resposta social; responder de forma adequada às necessidades manifestadas pelos clientes; proporcionar serviços para que o processo de envelhecimento decorra com o mínimo de degradação possível; contribuir para a preservação e o desenvolvimento das relações familiares. Os lares funcionam permanentemente.

Centro de Noite – “resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.”

Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas – “resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.”

Residência para idosos – “resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.”

Colónias de Férias/ Termalismo – “são prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer, proporcionando ao idoso um bem estar físico e psíquico.”

Todos os equipamentos sociais são obrigados a ter um regulamento interno onde devem constar as regras de funcionamento, os critérios de admissão, direitos e deveres dos clientes e familiares, horários de funcionamento, de visitas, quadro do pessoal, sistema de participação, etc...

Conforme o relatório do ano 2007 apresentado pelo Ministério do Trabalho e de Solidariedade Social, realizado pelo gabinete de Estratégia e Planeamento, designado por Carta Social da Rede de Serviços e Equipamentos, no Continente, o número de respostas sociais existentes são: Lar de Idosos - 1.661 com maior relevância nas áreas de Lisboa e Porto e com capacidade para 65.470 idosos; Centro de Dia cerca de 1.911 equipamentos que apoiam 60.539 pessoas; Lar Residencial – 194 unidades com capacidade para 4.459 pessoas; Serviço de Apoio Domiciliário - 2.355 que cobrem cerca de 83.315 a resposta social mais abrangente e com maior apoio estatal.

O relatório aponta para um acentuado crescimento das respostas sociais dirigidas para a população idosa (51,8%), realidade que se tem vindo a verificar nos últimos anos e que se manteve em 2007, fruto da preocupação existente do número elevado da população idosa.

A resposta do Serviço de Apoio Domiciliário é a que apresenta a maior taxa de crescimento (79,3%), seguido do Centro de Dia (40,6%) e, por último, lar e residência de idosos (33%). Em consequência deste aumento significativo

das respostas sociais, a capacidade de apoio e de serviços também crescem substancialmente, assim como a criação de emprego nesta área.

O crescimento da resposta social - Serviço de Apoio Domiciliário, tem-se verificado nos últimos anos devido à política desenvolvida pelo Estado ao dar maior relevância, ao nomear esta resposta como alternativa e de acordo com as necessidades biopsicossociais do idoso e, desta forma, retardando a institucionalização. Com a dimensão desta resposta social, as outras respostas sociais, como o centro de dia e centro de convívio apresentam uma taxa média de utilização inferior aos anos anteriores. Quanto à taxa de utilização das residências e lares para idosos, a ocupação atingiu cerca de 97%.

Conforme fonte do INE, a nível nacional, os distritos mais envelhecidos localizam-se no interior destacando-se Bragança, Portalegre e Castelo Branco. Estes são, simultaneamente, os distritos com uma maior taxa de cobertura de respostas sociais para a população. Quanto ao litoral, o índice de envelhecimento é menor nos distritos de Braga, Aveiro, Porto e Lisboa, no entanto, a taxa de cobertura das respostas sociais para idosos não é suficiente em relação à população.

3.2 VIVÊNCIAS EM LARES DE IDOSOS

A OMS lançou a proposta do envelhecimento activo, entendido como um processo que se inicia cedo e acompanha as pessoas ao longo da vida, compreendendo essencialmente a optimização das condições de saúde, participação e segurança.

É de implementar a ideia do envelhecimento activo e saudável, como factor da possibilidade de a pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de se bastar a si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a pequenas ajudas, como a resposta do serviço de apoio domiciliário que tem crescido favoravelmente e tem sido apoiada pelo Estado, com o objectivo de retardar a institucionalização.

No entanto, a realidade mostra que há um número considerável de pessoas idosas em condições de acentuada dependência, em situações de isolamento/solidão, com problemas financeiros, que residem em péssimas condições de habitabilidade, sem apoio familiar e não encontram resposta capaz no meio em que vivem para os seus problemas. Assim, torna-se frequente a necessidade do recurso a respostas sociais, em que se inclui o alojamento em estrutura residencial, a título temporário ou permanente.

“O progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes, têm provocado um aumento da procura dos lares de 3ª idade.” (Pimentel, 2001, p.71)

As pessoas idosas, quando se encontram nestas situações acima referidas, necessitam de apoio, de respostas sociais com qualidade. No entanto, a autora Pimentel (2001 p.76) afirma - “A grande maioria dos equipamentos não está preparada para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade e modos de vida diversificados.”

Cardão, (2009, p.70) no estudo que realizou, concluiu que no internato colectivo o modelo de cuidados prestado pelos cuidadores é mais centrado nas tarefas de cuidar do que nas necessidades da pessoa idosa, não encorajam a

autonomia, não perdem tempo a escutar, não respeitem o ritmo de cada idoso e estes factos prendem-se com escassez de recursos humanos. Esta falta de cuidadores formais *“tem como consequência uma maior mecanização e impessoalidade dos cuidados, desenvolvidos de forma rápida, a fim de chegar a todos.”*

Osório (2007) afirma que os serviços prestados pela maior parte dos lares continuam a ser exclusivamente serviços de assistencialismo e segregados da sociedade.

“ Um centro afastado da vida quotidiana do bairro ou da localidade, desvinculado da sociedade que o mantém, desenraizado da cultura dos utentes, que não tem em conta os acontecimentos e as manifestações cívicas, será forçosamente um centro segregado e marginalizador que não potencializará, de todo, a participação ou a integração. (Osório, 2007, p. 234)

Também Fonseca (2004, p.188) manifesta a sua opinião quanto à criação de lares só para idosos, levantando a questão da discriminação - *“combater a segregação, mas igualmente a “conservação” dos idosos em sítios “bons para eles” mas afastados do resto da sociedade,”*

Estas respostas sociais devem ser desenvolvidas na perspectiva do reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural. Implicam o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar, e à qualidade de vida da pessoa idosa

As conclusões de um estudo de Paúl (1997) (cit in Millenium, 2006) sobre “residências para idosos” apontam o seguinte.

“a insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência onde está inserida nunca nos surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que realizamos junto da população idosa. Já os problemas de saúde, que limitam o funcionamento e a falta de recursos económicos para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, aparecem-nos inúmeras vezes como factor próximo que antecedeu a institucionalização”.

Independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, analisar a sua integração compreendesse que, no mínimo, lhe é exigido o abandono do seu espaço, obrigando-o a reaprender e a integrar-se num meio

que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspectos da sua vida.

Considerando o direito a opções na escolha de residências, Paúl (1997) refere que, para a maioria dos idosos portugueses, o factor escolha de um novo local para residir foi extremamente limitado, devido à escassez generalizada de equipamentos e aos seus baixos recursos económicos, tornando-se esta forma de institucionalização num misto de “voluntária e compulsiva”.

Segundo Busse (1992) citado por Fernandes (2000, p. 47) afirma:

“ (...) geralmente é uma combinação de crescente debilidade da pessoa idosa e recursos financeiros e emocionais decrescentes dos membros da família que levanta a questão emocionalmente difícil de uma institucionalização a longo prazo. A perspectiva de qualquer troca, particularmente uma mudança de ambiente familiar para um ambiente desconhecido, é geralmente experimentada pela pessoa idosa como uma ameaça à sua segurança.”

Quando o idoso é institucionalizado, é importante adequar o ambiente face à sua problemática pois, como refere a autora acima mencionada, se “o ambiente é inadequado e ameaça a integridade do idoso, este pode regredir e o seu estado de saúde deteriorar-se de uma forma rápida” (2000 p.46).

O recurso à institucionalização, na falta de outra alternativa, é cada vez mais vulgar tal como se constata pela enorme procura a este tipo de resposta social de apoio e pelas longas listas de espera. “Os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos, tendo em conta a perda de autonomia e o estado de saúde em geral” (Fernandes, 2000, p. 47).

As imagens de uma velhice solitária (institucionalizada ou não), carenciada e incapaz, são cada vez mais evidentes. Por um lado, ausência da família (inexistente ou fisicamente distante); por outro lado, a acção social que tenta resolver essa mesma ausência faz com que o discurso de velhice problemática conquiste legitimidade e, ao mesmo tempo, aumente o número de instituições de resposta.

O processo da institucionalização é longo, pressupondo todo um conjunto de etapas e, por norma, difícil para o idoso. A saída de casa para um lar põe

em causa a questão da integridade, privacidade e independência do idoso, bem como a sua ligação entre o passado e o presente. Além disso, altera todo um conjunto de rotinas e interações que modificam o estilo de vida do próprio idoso.

Como é explicado por Liliana Sousa e colaboradores (2006) a institucionalização acarreta algumas situações de stress quer para o idoso, quer para a família e até para a instituição, tal como a rotulação do idoso a alguns estereótipos (doente, incapaz, inútil, abandonado) condiciona, por conseguinte, a acomodação dos próprios idosos a esses rótulos. Além disso, os cuidados prestados são muitas vezes paternalistas e directivos. Cardão (2009) citando Herrero (1993) refere que o sentimento de paternalismo tem que ser evitado, pois o idoso tem que ser responsabilizado, sensibilizado para continuar a exercer as actividades físicas e mentais, para que não possua comportamentos de passividade, de melancolia.

A situação de dupla pertença, família e lar, pode gerar conflitos do idoso para com uma das redes de apoio ou entre ambas, para além da dificuldade de comunicação e delimitação de fronteiras entre a instituição e a família.

Ao mesmo tempo, a institucionalização pode também acarretar, dependentemente das suas causas, integração do idoso e redes de apoio social, uma melhoria de satisfação do bem-estar do idoso, não só a nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como a nível das interações: do aumento das redes sociais de apoio, do sentido de pertença, da promoção de actividade física e psicológica, da criação de projectos e novos objectivos de vida.

“Apesar da institucionalização ser um momento angustiante por representar um corte simbólico ou real com a sociedade envolvente, os idosos em causa consideram que é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível”.
(Pimentel, 2001 p. 206)

Alguns estudos apontam que a institucionalização influencia positivamente a auto-estima e é uma oportunidade de interacção e aquisição de papéis sociais ajustados aos idosos (Fernandes, 2000).

Para além da vulnerabilidade acrescida do idoso, devido às limitações físicas, a capacidade que ele tem em lidar com situações de stress e adoptar

estratégias de confronto, enquanto utente numa instituição tende a ser menor com a idade do idoso. Esta redução no confronto está associada a uma redução adaptativa ou mal adaptativa dos idosos.

Torna-se necessário desenvolver respostas sociais existentes e criar novos equipamentos mais maleáveis, adequados às realidades e especificidades locais, com envolvimento e participação dos diversos agentes sociais e especificidades dos destinatários, a nível da concepção, execução e avaliação dessas mesmas respostas. Como refere a autora Pimentel (2001,P.234) no seu estudo:

“Se houver a preocupação de criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhe proporcionarem espaços de realização pessoal, talvez, a institucionalização se torne menos penosa e angustiante”.

Destacam-se vários estudos, quer em Portugal, quer no estrangeiro, que referem que os quadros depressivos em idosos institucionalizados resultam mais de factores psicossociais do que médicos. Netto, citado por Cardão (2009) indica que o impacto de institucionalização é uma das situações que causa stress no idoso, assim como depressões.

Perante o desafio que o envelhecimento da sociedade trava consigo, mesmo na adequação de respostas, a carga negativa desta fase da vida pode ser minimizada ou prevenida se, ao idoso, estiverem vinculadas redes de apoio social informal e de modo a contribuir para uma maior satisfação dos seus dias.

As escolhas dos amigos, a integração numa rede de apoio, a socialização, a tomada de decisões quanto aos défices sensoriais são medidas válidas para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde (Berger, 1995 citado por Fernandes, p. 46).

As principais perdas vividas pelas pessoas idosas dizem respeito aos papéis, expectativas e referências ao grupo social.

O internamento, por exemplo, pode implicar um certo número de perdas: a perda da intimidade, da privacidade, da autonomia, entre outras. Segundo Solomon e Davis (1995), as perdas suscitam, nas pessoas idosas, depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso.

Muitas adaptações que os idosos têm que experimentar representam verdadeiras crises. Estas crises perturbam o seu estilo de vida e representam agressões à sua integridade física e psicológica. Os idosos, muitas vezes, têm dificuldades em adaptar-se devido aos problemas psicológicos que passaram como as perdas, as situações de stress, a doença, a fadiga, o desenraizamento.

3.3A INTEGRAÇÃO DO IDOSO NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL

Decidir entrar para uma estrutura residencial é uma grande mudança na vida de uma pessoa idosa. É uma mudança que origina, muitas vezes, a separação com o meio familiar, uma ruptura em relação à vida e aos hábitos e uma adaptação a um novo ambiente, gerando um forte impacto emocional.

Segundo Drulhe (1981), citado por Pimentel (2001), a entrada para um lar está associada a imagens negativas, representa para as pessoas idosas o abandono, a morte, a separação, o sofrimento, esta realidade institucional não é aceite de forma plena pelo idoso. “A fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno” (Pimentel, 2001, p.73).

Esta decisão na vida de entrar para um lar só deveria ser efectuada com o consentimento livre, expresso e informado do idoso pois é ilegítimo e inaceitável que a decisão seja tomada sob pressão, ameaça por parte dos familiares ou outros. Também os equipamentos que possuem esta resposta social devem esclarecer o idoso com toda a veracidade, de uma forma simples, clara, todas as informações necessárias sobre o funcionamento, o quotidiano da residência.

Na fase do acolhimento, a estrutura residencial deve estar preparada para acompanhar o idoso nas diversas fases da sua adaptação, ajudando o idoso a integrar-se. Normalmente, o impacto emocional é muito forte para a pessoa e família, devido às profundas modificações na integração. Assim, a estrutura residencial deve estar preparada, ter presente e conhecer a história de vida, a personalidade, o relacionamento com os familiares e comunidade, os seus hábitos e gostos, as suas angústias e dificuldades. Isto,

com objectivo de minimizar os riscos como a perda dos vínculos afectivos, desenraizamento, receio da mudança, a rejeição da integração. (Manual de Boas-Práticas, 2005)

Contudo, Pimentel (2001), no seu estudo, afirma que a maioria dos equipamentos destinados a idosos não têm em consideração os desejos e motivações dos utentes, limitam-se a dar resposta às necessidades fisiológicas e esquecem e/ou reprimem as do nível social, afectivo e sexual. Os cuidadores têm falta de sensibilidade para a especificidade da experiência de cada indivíduo e não proporcionam serviços individualizados, obrigando os utentes a viverem de acordo com as normas restritivas, impostas pelo equipamento.

Também a autora Sousa (2006) confirma que quando o idoso entra para um lar de idosos, os seus desejos, os seus direitos à autonomia são desvalorizados, o que é importante para os cuidadores formais da instituição é manter, assegurar as necessidades físicas da pessoa, assumir a responsabilidade pelo bem-estar dos utentes, gerir a vida da pessoa idosa, rotulando como socialmente dependente.

“ a existência de redes sociais de apoio são um aspecto crucial da vida dos idosos, numa relação directa de apoio, preventivo da institucionalização ou, num contexto institucional, como decisivas no sentimento de bem estar físico e psicológico dos indivíduos. Mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um factor importante.” (Paúl, 1997 p.112)

A institucionalização tem os seus riscos e perigos que podem intervir de uma forma negativa na vivência do idoso num lar. Como refere Fernandes (2000), no seu estudo, vários factores contribuem para esse impacto negativo como a falta de privacidade (despersonalização), o tratamento massificado e de forma igual para todos, a perda de responsabilidade por decisões pessoais, as rotinas rígidas, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade, a ausência de estimulação intelectual e a realização de actividades físicas. Todos estes factores podem contribuir para uma baixa auto-estima, uma falta de interesses por si e pelos outros, causando uma regressão e desintegração social, respostas emocionais diminuídas, uma dependência excessiva dos cuidadores para a realização das suas actividades básicas e instrumentais de vida diária, um comportamento sistemático.

É essencial a estrutura residencial ter como centro de intervenção o idoso, ele é o emissor e o receptor de todo o processo. É necessário que a equipa de trabalho da estrutura residencial o conheça bem, respeitando a sua individualidade, identidade. A equipa de trabalho deve fazer uma análise e avaliação de todos os aspectos físicos, sociais, emocionais, comportamentais, saúde, cognitivos, formativos, profissionais com o objectivo de elaborar, em sintonia com o residente, um projecto de vida que potencie as suas capacidades, que realce os pontos fortes da pessoa e os valorize.

O projecto de vida deve ser reavaliado periodicamente, tendo em conta as necessidades físicas, emocionais, as motivações e capacidades do residente. Para tal, a estrutura residencial tem que corresponder com equipamentos adequados, recursos materiais e recursos humanos com formação específica e de diferentes áreas profissionais para ajudarem a construir e/ou dar continuidade ao projecto de vida.

Viver numa estrutura residencial permanentemente é uma mudança na vida da pessoa muito importante com possíveis consequências ao nível da saúde física e psíquica. Para tentar evitar estas consequências negativas da integração, a estrutura residencial deve estar organizada de uma forma mais parecida possível com a casa de uma família, acolhedora, simpática, com um ambiente pacífico, agradável para viver e sentir-se feliz. Assim como refere Sousa (2006), a readaptação a um novo local de residência torna-se mais complicada, nesta fase da vida, quando as capacidades estão mais diminuídas para a realização das actividades de vida diária.

Nos meios institucionalizados, a intervenção com idosos deverá ter em conta a relação entre o controlo e o bem - estar e convergir para o aumento do seu controlo, no sentido de minimizar sentimentos de desânimo e depressão, bem como do declínio físico acelerado e promover o seu bem-estar.

A equipa de trabalho, desde os técnicos, e não técnicos tem um papel fulcral na integração do residente, pois, se vivenciarem relações de trabalho amistosas, respeitarem e cumprirem os princípios e valores do cuidar do outro tais como a dignidade do ser humano, o respeito, a individualidade, autonomia, capacidade de escolher, a privacidade, a confidencialidade, a participação, estão concretizar os direitos dos idosos residentes.

Também a família tem uma função importantíssima na integração do idoso, na manutenção dos vínculos afectivos, nos contactos com o exterior, na envolvimento, no interesse. A participação da família na vida quotidiana da estrutura residencial, ajuda o residente a aceitar e a integrar-se melhor. “As estruturas e redes formais têm como objectivo garantir a satisfação de tarefas de cariz técnico, enquanto as estruturas e redes informais suprem necessidades a nível emocional” (Sousa, 2006, p.133).

Salvage, citado por Sousa,(2006, p.133) afirma “que não se poderá colocar a questão em termos de “família ou as instituições”, tendo que as políticas sociais que reflectirem uma simbiose.”

A estrutura residencial deve ter planos elaborados por todos os intervenientes da estrutura (equipa de trabalho, residentes, familiares, comunidade) que promovam a educação para a saúde, sobre o envelhecimento, a prevenção e controlo de situações (infecções, doenças, maus tratos...), actividades sócio-culturais e recreativas. Para além da elaboração dos planos, a estrutura residencial deve estimular os residentes a participarem, a colaborarem na organização de actividades dentro da residência e no exterior.

É fundamental que, nesta estrutura, impere uma actuação humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os residentes são o centro de toda a actuação e que o meio familiar e social de que cada um provém é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas idosas, de acordo com os seus desejos e interesses.

Um idoso só se sente adaptado e integrado num lar quando sente que o lar é a sua casa. A autora Sousa (2006) citando o estudo que Grogger (1995) efectuou, diz-nos que o idoso só se sente integrado dependendo de três factores: as razões que o levaram à institucionalização, se tiver sido por vontade própria, ou num estado passivo de demência a sua adaptação será mais facilitada do que se for por pressão ou resignação. Outro factor que a autora aponta para uma melhor inclusão do idoso no lar está relacionado com a

opinião do próprio em relação ao lar se é um bom lar: se corresponde às expectativas e desejos da pessoa idosa. O último factor é o da continuidade alcançada após a mudança para o lar, ou seja, se a instituição garante e oferece os princípios e valores como a dignidade, a autonomia, a privacidade, o direito de escolha e a independência.

“Grogger (1995) sugere que os idosos que têm tempo para antecipar e antever a mudança se integram mais facilmente neste novo modelo de vida” (cit. in Sousa, 2006, p. 114).

2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Investigação Empírica

Este capítulo apresenta as duas investigações que realizámos, a primeira é um estudo sobre as vivências dos idosos residentes em lares e a segunda é um estudo que recai sobre os cuidadores formais que desempenham funções de acompanhamento e cuidados a idosos em lares.

A manifestação em estudar a população idosa, deriva do contacto diário com idosos, das horas infinitas de escuta sobre histórias de vida, da observação e participação permanente nas vivências em lares de idosos. Para além destas razões, o aprofundar conhecimentos sobre o processo do envelhecimento e desenvolver competências de intervenção adequadas aos contextos em que estamos inseridos foram os objectivos gerais que delineamos para as investigações.

Conforme a revisão da literatura pesquisada no primeiro capítulo, o envelhecimento é um fenómeno complexo que difere de indivíduo para indivíduo “(...) o que torna a velhice num fenómeno heterogéneo (...)” (Palmeirão, p.41, 2002).

No ciclo vital, os idosos são o grupo mais diferente, pois cada idoso tem uma história de vida, uma personalidade, experiências para relatar, vivências, que os fazem distinguir uns dos outros. O processo do envelhecimento por mais natural que ocorra traz sempre mudanças influenciadas por factores biológicos, sociais, económicos e ambientais. Estas mudanças que ocorrem, nem sempre são aceites de uma forma natural por parte do idoso e, por vezes, esta resignação da fase da velhice leva a consequências nefastas no idoso.

Uma das mudanças que podem surgir na fase da velhice é a integração de um idoso num lar, e possivelmente esta mudança acarreta imensas alterações na vida do idoso, prejudicando ou não o envelhecimento.

A nossa questão de partida recaiu, precisamente, sobre a integração de um idoso no lar como uma mudança que pode acelerar o processo do envelhecimento. Para tal, no primeiro estudo que realizámos entrevistamos dezoito idosos integrados em três lares distintos que nos relataram as razões da integração, os momentos da adaptação ao lar, as vivências nos lares com

todos os intervenientes (família, colegas, cuidadores, sociedade). No segundo estudo aplicámos escalas de atitudes e opiniões aos cuidadores formais, que desempenham funções em cinco lares diferentes, com o objectivo de conhecermos as suas opiniões face à velhice e o seu papel de cuidador.

Pretendemos, com as investigações efectuadas a estas duas populações (idosos e cuidadores formais) corroborar ou não as hipóteses por nós supostas nas vivências dos lares de idosos.

Tendo por base a bibliografia consultada no primeiro capítulo e a experiência profissional elaboramos as seguintes hipóteses que passamos a mencionar:

Hipótese básica - Alguns lares não reúnem as condições necessárias para um envelhecimento bem-sucedido

Hipótese 1 – Os idosos procuram a resposta social lar de idosos, quando não possuem outras alternativas.

Hipótese 2 - Os lares de idosos não desenvolvem programas de acolhimento, integração e lazer nos quais os idosos sejam o centro de toda a actuação, respeitando a individualidade de cada pessoa.

Hipótese 3 - Os idosos interiorizam a vivência no lar como o último local onde permanecem até aos fins da sua vida.

Hipótese 4 - Com o passar do tempo a vivência comum pode gerar modos, posturas semelhantes, que podem diminuir a autonomia dos idosos.

Hipótese 5 - Os idosos institucionalizados são segregados em relação ao meio em que vivem.

Hipótese 6 - A intervenção dos cuidadores formais é determinante no modo como o idoso percebe a velhice.

No fim, deste capítulo as hipóteses serão analisadas e verificadas.

Objectivos da investigação

Dado, existirem poucas investigações na área de gerontologia relativas a idosos residentes em lares e os cuidadores formais, consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre esta problemática e contribuirmos para o avanço do conhecimento do bem – estar dos idosos nos lares residenciais.

Como objectivos específicos dos dois estudos temos os seguintes:

- Estudar as razões que levam o idoso à integração num lar – é essencial para a investigação conhecermos os motivos, que levam um idoso a procurar um lar
- Analisar as expectativas e projectos de vida no idoso institucionalizado - após, a integração no lar, é importante conhecermos os desejos dos idosos face à sua vida, aos seus pares, aos serviços prestados pelo lar.
- Verificar se os lares satisfazem as necessidades e potenciam os interesses dos idosos – para alcançar este objectivo temos que inicialmente conhecer quais as necessidades dos idosos, a nível biopsicossocial e que serviços oferecem os lares para satisfazerem essas necessidades.
- Conhecer as opiniões dos cuidadores formais sobre o envelhecimento – os cuidadores formais nos lares de idosos são as pessoas que têm a oportunidade de contactar diariamente com os idosos, e explorar o que pensam e sabem estes profissionais sobre a fase da velhice é determinante para o estudo.
- Investigar as opiniões dos cuidadores formais face à integração dos idosos nos lares – como referimos os cuidadores conhecem as histórias de vida dos idosos e defrontam - se com muitas situações, sabem quais as razões da integração e a oferta dos serviços prestados pelos lares.
- Identificar o perfil do cuidador formal num lar de idosos – este objectivo tem como finalidade conhecer quem cuida dos idosos, que formação técnica possui, como encara a velhice, que género de cuidados presta.

Metodologia

A metodologia é o caminho para atingir determinado fim, objectivo e assegura um conjunto de actividades sistemáticas e racionais, que dão a orientação necessária para chegar ao objectivo.

A metodologia pode recorrer a métodos qualitativos ou quantitativos são métodos rigorosos, complementares e científicos. Na investigação, o método quantitativo é utilizado mais na prática, na realidade e tem como objectivo a recolha de dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com “valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (Minayo & Sanches, cit. in Serapioni 2000 p. 188).

Segundo, Perrone, (Serapioni, 2000 p.189) o método tem relevância, não só pela sua veracidade mas, se é “útil para arar o terreno empírico que temos em frente.” Ou seja, a escolha do método deve estar mais próxima possível da realidade que queremos estudar.

Ao utilizarmos métodos qualitativos temos como vantagens a análise do comportamento humano, a subjectividade dos dados, uma maior exploração e descrição dos factos, vários investigadores referenciam a representatividade e a generalização como desvantagens deste método.

Os métodos quantitativos têm como vantagens a amplitude dos estudos, a objectividade, a orientação para os resultados, a replicação e generalização dos dados.

Minayo & Sanches (Serapioni, 2000 p.192), sublinham “nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra (...) Uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna objectiva e melhor.” Podemos concluir que os métodos quantitativos e qualitativos possuem características discrepantes, mas ambos têm como finalidade o método científico.

No nosso estudo, usamos métodos qualitativos, quantitativos e pesquisa bibliográfica.

Nenhum estudo pode surgir e avançar se não pesquisarmos, sobre a área que pretendemos investigar. Para tal, o primeiro passo, o primeiro método que usamos foi a pesquisa bibliográfica. Inicialmente, procuramos literatura

relacionada com o envelhecimento e as suas características e posteriormente a referente à institucionalização de idosos em lares. Ao longo do estudo fomos tendo sempre presente a literatura e investindo sempre na pesquisa bibliográfica.

Para além, deste método, no primeiro estudo que efectuámos cuja amostra era composto por idosos residentes em lares de idosos, optamos pelo método qualitativo, usando como instrumento a entrevista semi-estruturada.

No segundo estudo que realizámos optamos por usar os métodos quantitativos, pois amostra estudada foram os cuidadores formais e como instrumento uma escala de opiniões e atitudes de tipo *Lickert*.

Os dois instrumentos (entrevista e escalas de opinião) utilizados nos dois estudos realizados serão explicados detalhadamente no início da apresentação de cada estudo.

No percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética de investigação.

CAPÍTULO 4- DESCRIÇÃO DO PRIMEIRO ESTUDO REALIZADO

4 METODOLOGIA

4.1 INSTRUMENTOS

O instrumento adoptado para a recolha de dados foi a entrevista individual, pois trata-se de um instrumento mais adequado para a recolha de informação acerca dos participantes o que expressam, o que pensam, sentem, desejam e sabem, como refere o autor Savoie-Zajc (cit. in Custódio, 2008, p.102) um dos objectivos deste tipo de entrevista “é o de tornar explícito o universo de outro.”

Assim, como Fortin (cit. in Custódio, 2008 p.102) considera que a entrevista “é o instrumento privilegiado nos estudos exploratório-descritivos em que o investigador utiliza uma abordagem qualitativa”. Segundo Quivy, (cit. in Custódio, 2008, p.102) as entrevistas permitem “(...) abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema”, ao mesmo tempo que podem “(...) ajudar o investigador a colocar o problema da forma mais correcta possível .”

Ao adoptarmos a entrevista como instrumento de recolha de dados na investigação obtivemos as vantagens acima referidas pelos autores, mas ao mesmo tempo as limitações também surgiram com a utilização desta metodologia como “(...) a limitação de recolha de informação sobre assuntos delicados e a fraca possibilidade de aplicação a grandes universos.” (Pardal, Correia, 1995,p. 64)

Optamos por elaborar uma entrevista semi-estruturada, (anexo 1) baseada num guião de tópicos, previamente pensado e elaborado, não num questionário inflexível de perguntas fechadas, já previamente estabelecidas, mas, perguntas que surgiram de um modo natural, oportuno, de carácter informal, para que o entrevistado não se afastasse dos objectivos do tema.

Os autores Pardal, Correia, afirmam que o investigador deve ter como base para a realização de entrevistas o seguinte:

“A intervenção do entrevistador tem como finalidade encaminhar a comunicação para os objectivos da entrevista, sempre que o discurso se desvie das intenções de investigação, suscitando o aprofundamento de informação requerida – de elementos compreensivos que, naturalmente o entrevistador deixa escapar. (1995, p.66)

Ao iniciarmos a entrevista esclarecemos os participantes acerca dos objectivos do tema, fizemos a nossa apresentação, explicamos as razões e o empenho em investigar sobre esta área. Todos os participantes foram informados que os dados colhidos não seriam indevidamente divulgados. Pensamos que a informação verbal sobre o nosso pedido de colaboração na realização das entrevistas foi suficiente, prescindindo de um documento escrito do consentimento informado. Contudo, a cada lar de idosos foi redigida uma carta a solicitar o pedido para a realização do estudo e a indicação de pessoas idosas residentes na estrutura para responderem à entrevista. (anexo 2)

As entrevistas decorreram entre os meses de Maio a Julho de dois mil e nove. O local escolhido para a realização das entrevistas foram os lares onde residem os idosos. Os responsáveis pelos lares encaminharam os participantes para os espaços mais diversos, desde o local das refeições, os gabinetes dos responsáveis, a capela, espaços que nem sempre contribuíram para a privacidade exigida pelo estudo e pelos participantes. A nenhum participante e a nós foi dada a oportunidade ou colocada questão de escolher o espaço onde gostariam de realizar a entrevista. Pensamos que o local para a realização das entrevistas deveria ter sido um local no lar que os idosos se mais identificassem, se sentissem à vontade, pois, na entrevista a linguagem verbal é muito relevante, mas a linguagem não verbal permite-nos obter muita informação acerca do participante, mas, nem sempre o ambiente foi propício a que o participante manifestasse de uma forma mais liberta os seus sentimentos.

A duração média de cada entrevista foi cerca de trinta minutos. O registo dos dados obtidos processou-se através de gravação áudio, após o consentimento dos participantes, respeitando os princípios éticos, após a realização da entrevista, procedeu-se à audição integral e a respectiva transcrição.

Os temas abordados na entrevista semi-estruturada foram os seguintes: dados sócio - demográficos sobre alguns dados pessoais e situacionais (idade; estado civil, naturalidade, profissão exercida) o relacionamento familiar, (com os filhos/netos/demais família) o relacionamento com a rede de amigos, (vizinhos /amigos do exterior / residentes) a interacção com os cuidadores. Também, a ocupação do tempo antes e após a entrada para o lar foi questionada; as razões/motivos que levaram à institucionalização; o acolhimento / a integração (o que mais agradou ou o que sentiu mais falta); a continuidade por esta resposta social (opção certa ou não).

Numa fase posterior, para analisarmos os dados qualitativos recolhidos nas entrevistas, optamos por usar a técnica da análise de conteúdo.

Segundo Quivy (cit.in Custódio, 2008, p.165) a técnica da análise de conteúdo, na investigação “(...) oferece, a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentem um certo grau de profundidade e de complexidade, como por exemplo os relatórios das entrevistas pouco directivas.”

Com esta opção pela técnica da análise de conteúdo que fizemos para tratar os dados das entrevistas pretendemos como refere Castro (cit. in Custódio, 2008,p.105) “organizar a informação recolhida dando ênfase ao que foi valorizado pelos entrevistados”

4.2 AMOSTRA

O tipo de amostragem utilizado foi a não probabilística intencional, ou seja, está interessada na opinião de elementos da população, mas não está preocupada com a representatividade dela, são relativos àquela determinada situação, não fazem generalização.

Este estudo foi realizado junto de dezoito pessoas idosas residentes em lares para idosos. Foram entrevistadas quinze mulheres e três homens, e esta amostra em termos de género foi aleatoriamente distribuída.

O principal **critério de inclusão** para a entrevista foi o participante residir num lar de idosos e um segundo critério foi não apresentar diagnósticos de estados demenciais ou deterioração cognitiva visivelmente incapacitante, pois para o estudo seria uma amostra “infidel”. Para que estes critérios fossem

correspondidos, os responsáveis dos lares é que sugeriram e contactaram inicialmente os idosos entrevistados. De realçar que os responsáveis tiveram grandes dificuldades em indicar idosos nas suas capacidades psíquicas estáveis capazes de responderem às questões da entrevista.

O tempo de permanência na resposta social – lar de idosos, não foi factor de inclusão, assim como a idade, não foi considerado uma idade mínima para a realização da entrevista.

Os nomes dos idosos indicados são meramente fictícios, não correspondendo aos reais, para não ferir susceptibilidades.

4.2.1 Contextos geográficos

Dos dezoito idosos entrevistados, cinco idosos residem num lar pertencente a uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sediada numa vila do concelho de Santa Maria da Feira, três idosos residem num lar privado com fins lucrativos sediado numa vila do concelho de Gaia, quatro idosos vivem em suites residenciais e seis em lar, respostas sociais pertencentes a uma Santa Casa da Misericórdia (SCM), no concelho de Espinho.

A IPSS e o lar privado situam-se em vilas de concelhos diferentes mas com características semelhantes, são vilas pequenas a nível de território e povoação, com costumes e tradições rurais, ligadas à agricultura e à construção civil. Os idosos residentes no lar da IPSS a maior parte é natural da vila e tiveram profissões do sector primário.

A SCM fica situada em Espinho que é uma cidade litoral com cerca de 33 000 habitantes com costumes e tradições ligados à pesca e ao comércio.

No entanto, verificamos que os idosos residentes na SCM e os residentes no lar privado não são naturais dos concelhos em questão.

4.2.2 Caracterização geral da amostra

Como foi referido, foram entrevistadas dezoito pessoas: quinze mulheres e três homens.

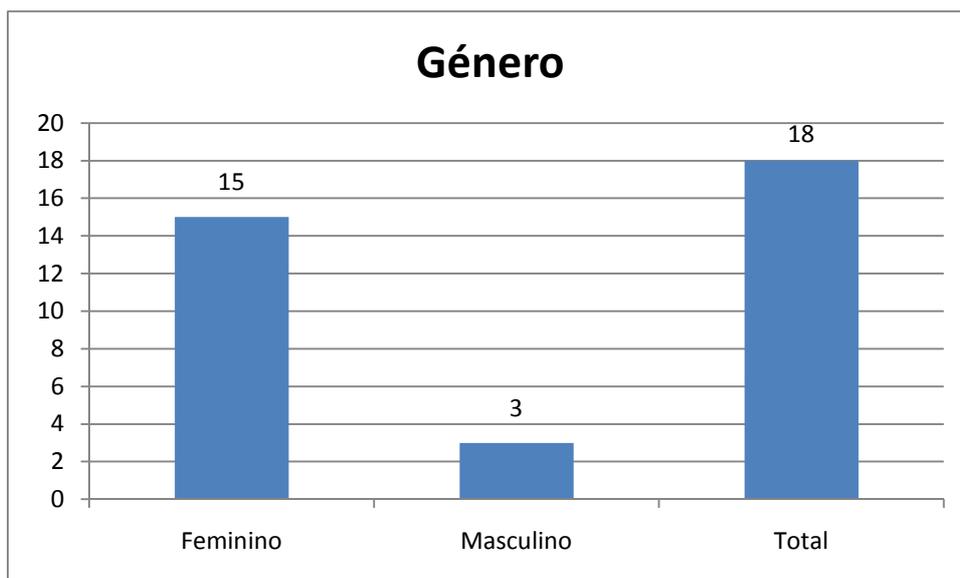
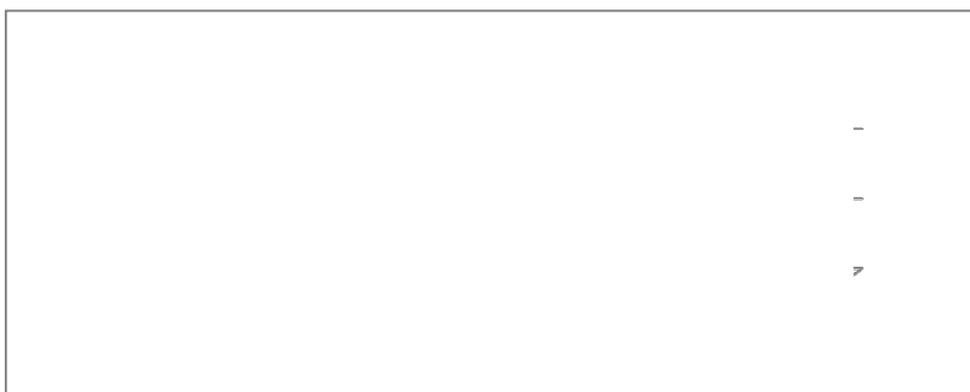


Gráfico 1 - Género

A média de idades dos idosos entrevistados situa-se entre os oitenta e um e os noventa anos, o que nos vem mostrar que realmente a esperança média de vida é cada vez mais elevada. Saliemos que alguns idosos tiveram dificuldades em recordar a idade que têm, dois inclusive não souberam responder. Quando questionados sobre qual a sua data de nascimento, os idosos demonstraram ainda mais dificuldades em dar a resposta correcta.



A maioria dos idosos entrevistados quanto ao estado civil são viúvos, o que nos revela que os idosos, residentes em lares, sofreram a perda do conjugue e esta é uma das razões que leva o idoso a integrar-se nesta

resposta social. Em número relativamente inferior a amostra também é composta por idosos solteiros e divorciados. No total dos dezoito idosos participantes no estudo só um era casado.

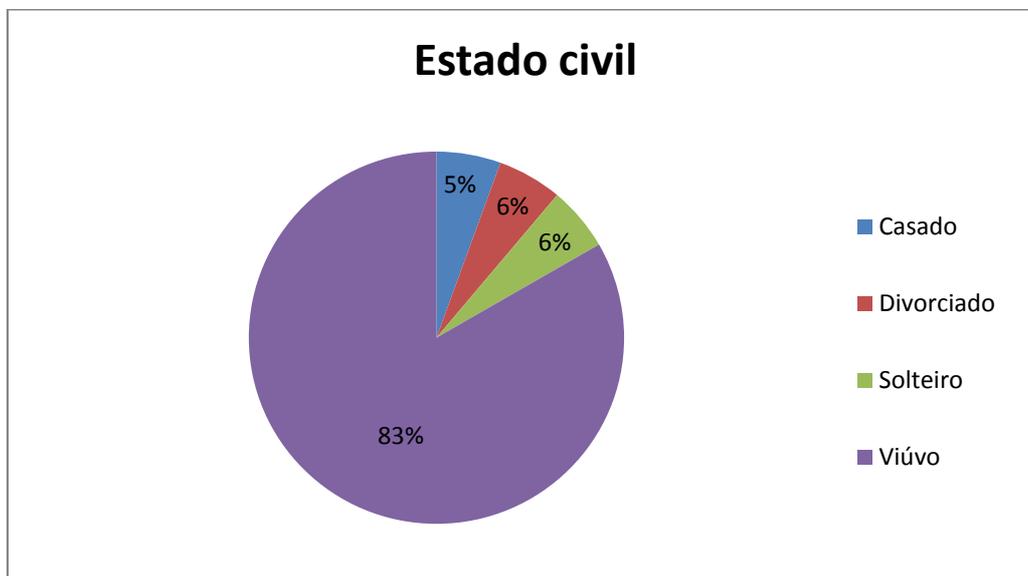


Gráfico 3 - Estado Civil

No gráfico quatro podemos verificar que a maior parte dos idosos entrevistados tinha profissões do sector primário (costura, agricultura) e um número significativo de mulheres dedicou-se às tarefas domésticas.

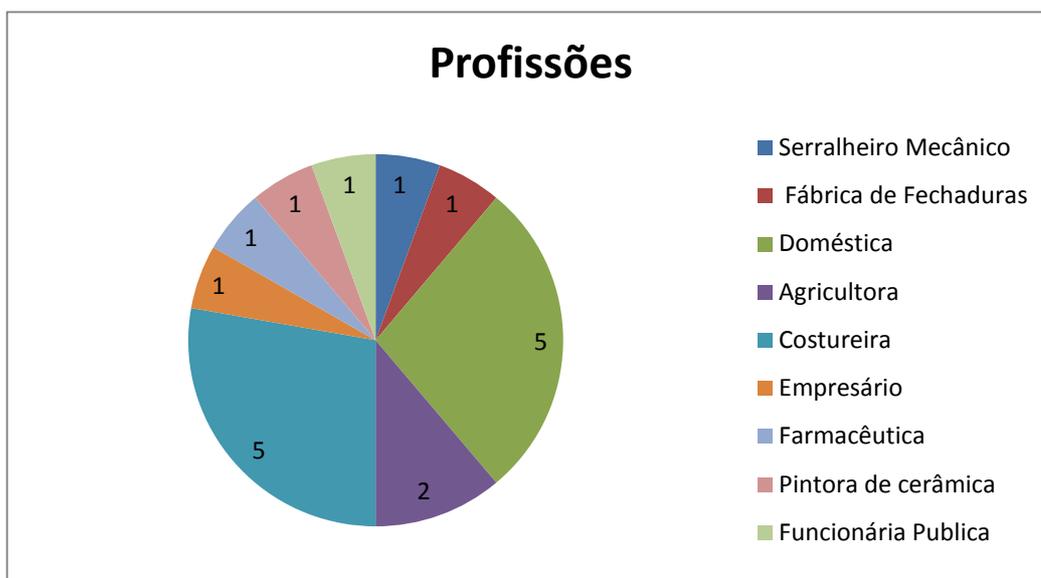
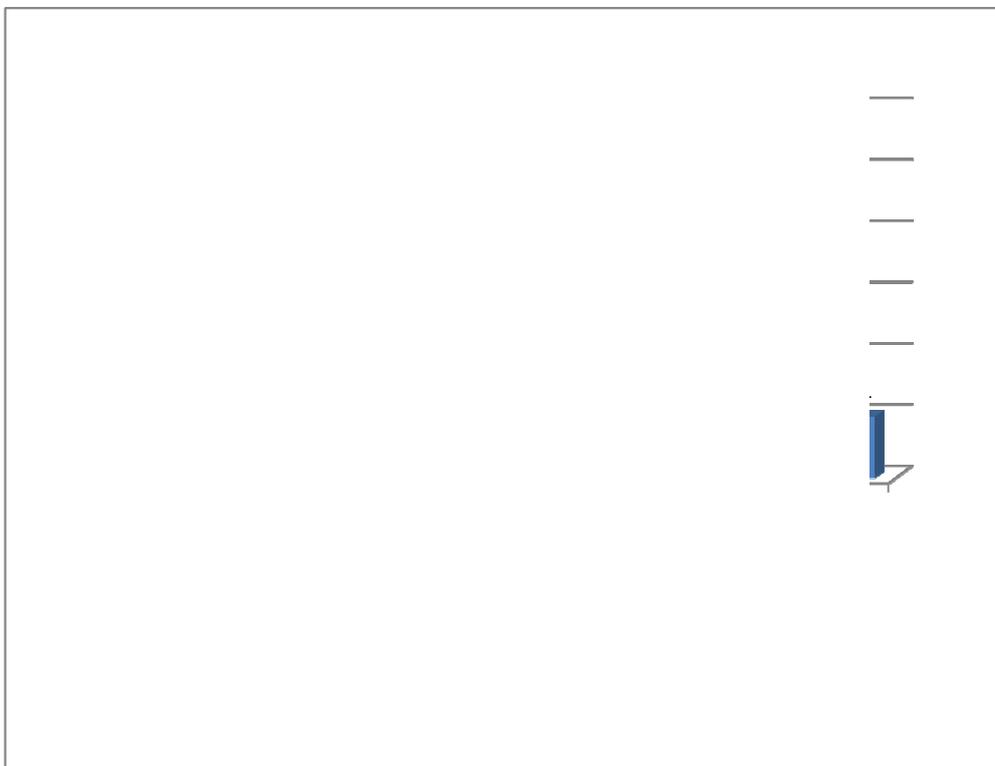


Gráfico 4 - Profissões

O gráfico seguinte mostra-nos as habilitações literárias dos idosos, revelando-nos que cerca de treze idosos frequentaram estabelecimentos de ensino. Só

quatro idosos possuem mais do que o ensino básico e quatro idosos não sabem ler e escrever.



4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos após a realização das entrevistas foram estudados através da análise do conteúdo dos discursos originados. As respostas mais presentes e significativas, que vão ao encontro das categorias definidas pelo estudo, levam-nos a interpretar os temas abordados na entrevista e chegar a conhecimentos.

Todos temos a nossa história de vida e gostamos de recordar e contar a quem nos interpela. Podemos afirmar que, especialmente os seniores, apreciam e ficam orgulhosos quando lhes pedimos para falar das suas experiências de vida. Depois, desse momento surge uma confiança de relação entre entrevistado e entrevistador. Para tal, iniciamos a entrevista questionando alguns dados de identificação pessoal e social.

Em seguida, demonstramos os dados mais relevantes das dezoito entrevistas para nos ajudarem a compreender que alterações / modificações surgem na vida, na personalidade, nas relações com os outros, na vivência num lar de idosos.

Agrupámos as perguntas do guião da entrevista em Categorias chave tais como: Situação Familiar; Ocupação do Tempo; Institucionalização; Relacionamento Interpessoal; Opinião em relação ao Lar.

As categorias – chave indicaram-nos a questionar os idosos sobre subtemas relacionados que indicamos como categorias específicas. Por cada categoria específica, agrupamos em subcategorias as respostas mais significativas dos idosos, transcritas na íntegra, como excertos das entrevistas. Com o objectivo de compreendermos melhor a análise dos quadros seguintes, fizemos uma grelha sucinta e pormenorizada com as categorias – chave, as categorias específicas e as subcategorias.

Grelha Explicativa das Categorias

Categoria - Chave	Categoria Especifica	Subcategorias
Situação Familiar Quadro 1	Habitabilidade Quadro 1	Sozinho/ Família
	Relação familiar Quadro 1.1	Estável/ Instável/ Sem relação
	Visitas da Família Quadro 1.2	Sempre/ Raras vezes/ Nunca
Ocupação do Tempo Quadro 2	Actividades anteriores à integração no lar Quadro 2	Trabalho/ Tarefas de casa/ Trabalhos manuais /Espaços de lazer/ Desporto
	Actividades no lar Quadro 2.1	Nenhuma /Leitura /Música/ Passeios/ Acções de Conhecimento/ Jogos Lúdicos/ Trabalhos Manuais/ Expressão Dramática
	Actividades no Exterior Quadro 2.2	Festas e Romarias/ Passeios/ Terra Natal/ Compras/ Convívios/ Sem actividades/ Inconformados
Institucionalização Quadro 3	Motivos da Integração Quadro 3	Família/ Doença/ Solidão e Viuvez/ Habitação/ Opção de Escolha/ Antecipação do Futuro

	Momentos Significativos Positivos Quadro 3.1	Nenhum/ Vaga/ Satisfação/ Saúde e segurança/ Valorização Pessoal/ Opção de escolha e Companhia
	Momentos Significativos Negativos Quadro 3.2	Saudades /Desilusão/ Doença/ Arrependimento/ Dependência/ Tristeza/ adaptação
Relacionamento Interpessoal Quadro 4	Cuidadores Quadro 4	Simpáticos/ Profissionais/ Desagradáveis/ Independência
	Colegas do lar Quadro 4.1	Próxima/ Conflituosa
	Amigos do exterior Quadro 4.2	Saudades/ Convívio/ Separação terrena
Opinião em relação ao lar Quadro 5	Com os serviços Quadro 5	Nada satisfeito/ Satisfeito/ Conformados
	O lar corresponde às expectativas Quadro 5.1	Não/ Sim (Segurança, Companhia, Estabilidade, Saúde)
	Continuidade ou não a residir no lar Quadro 5.2	Sim (Opção Certa, Sem alternativas) / Não (Casa)

Quadro 1- Situação Familiar - Habitabilidade

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Sozinho	<p>“Vivia sozinho, frequentava um centro de dia.” (António)</p> <p>“Vivia sozinha” (9 entrevistados)</p>
Família	<p>“Vivia uma semana em casa de cada filho.” (Celeste)</p> <p>“Vivia com a minha esposa” (Abílio)</p> <p>“Vivia com a minha nora” (Rosa)</p> <p>“Vivia com 2 empregadas” (Amélia)</p>

Neste quadro número um podemos analisar a situação de habitação antes do idoso integrar no lar. Pelos testemunhos obtidos, verificamos que dez idosos viviam sozinhos, os restantes com familiares e uma com empregadas.

Quadro 1.1- Situação Familiar - Relação familiar

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Estável	<p>“são os meus filhos que pagam para eu estar aqui” (Celeste)</p> <p>“são muito meus amigos, não me faltam com nada, não foram contra mim” (Lurdes)</p> <p>Bom relacionamento com os filhos “são maravilhosos” (Guilhermina)</p> <p>“ainda sou uma mãe galinha, eles telefonam-me, já é muito bom”</p> <p>“eu ainda é que mando, eu ainda as lembro disto e daquilo, não deixo passar nada” (Joaquina)</p>
Instável	<p>“depois de vir para cá nunca mais fui a casa deles (família), ela (nora)nunca cá veio, nem telefona, diz o meu filho “tas sempre preocupada e ela nem pergunta por ti”- eu não fiz mal a ninguém.” (Arlete)</p> <p>“as minhas irmãs também não podem, têm a vida delas , o que hei-de fazer?” (Amélia)</p> <p>os filhos têm que trabalhar, os netos vêm poucas vezes”(Lúcia)</p>

Só com os filhos, dificuldades em relacionar-se com as noras (Fernanda)

Com os filhos estável com as noras mais dificuldades (Maria)

Não tem contacto com os netos e pouco contacto com os filhos. (Amadeu)

Só com o filho mais novo, não tem contactos com o mais velho, nem com o neto (António)

Sem relação

“só tenho um filho, não aconselho a ninguém ter só um”

“ficava satisfeito que ele ligasse à mãe porque faz-lhe falta, a mim não” (Abílio)

Pouco contacto com o irmão devido à cunhada (Joana)

Ao questionarmos o relacionamento com a família fomos muito sensatos, pois, da experiência que temos como profissionais, este tema envolve muitos sentimentos de satisfação, de alegria, mas também de tristeza, de perda, de instabilidade. Realçamos a continuação das relações de afecto, de protecção, de proximidade e de estabilidade com os familiares após a entrada para o lar, mas, também mencionamos as razões que aludem para justificar a ausência dos familiares e a inexistência de relação com os filhos prejudicadas muitas vezes pelos restantes familiares (noras/ cunhados).

Quadro 1.2 - Situação Familiar - Visitas da Família

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Sempre	Sai todos os Domingos para ver a família (Joaquina)
	Sai todos os Domingos (Guilhermina)
	Dos filhos ao fim de semana, os netos não visitam só sai em festas como Natal (Celeste)
	O filho visita todos os Domingos; os netos às vezes; a nora nunca. Não sai para visitar (Arlete)
	Sai para visitar as amigas (Joana)
	Não sai para visitar. Os filhos visitam ao Domingo (Maria)

Recebe visitas todos os Domingos das irmãs. Não sai para visitar (Amélia)

“Se os filhos não vêm visitar ao Domingo, vou eu a casa deles, às vezes não quero ir para não criar problemas entre eles” (refere-se ao casal) (Arlinda)

Raras vezes

Não tem visitas, só uma vez por mês do filho, quando vem pagar o lar. Sai 15 em 15 dias ao Domingo para almoçar com o filho (Margarida)

Vai às festas de aniversário dos netos, mas estes não a visitam. Vai a casa de dois filhos de vez em quando (Lúcia)

“De vez em quando eles aparecem ao Domingo para eu ir almoçar com eles” (refere-se á filha e neto) (Isabel)

“Raras vezes.. de vez em quando vou almoçar ao Domingo a casa de uma filha” (Amadeu)

Dos filhos quando vêm cá do estrangeiro (Assunção)

A nora visita poucas vezes. “Ela sofre de reumatismo, pode pouco, vem poucas vezes, no principio vinha mais” (Rosa)

Nunca

Não sai para visitar o filho e vice-versa (Abilio)

No que concerne à questão das visitas dos e aos familiares, concluímos que os idosos têm visitas da família, embora em número inferior ao desejado.

O Domingo é o dia reservado, o predilecto para as visitas.

As primeiras perguntas feitas aos entrevistados centraram-se na análise e definição das relações familiares. Verificamos que as relações se mantiveram após a integração no lar, que os idosos mantêm uma relação estável. No entanto, gostariam que os filhos e os restantes familiares como os netos os visitassem mais vezes. Constatamos que dos dezoito idosos participantes no estudo, só dois saem todos os Domingos, para estar com a família, os restantes saem raras vezes. Para o idoso, este corte familiar, que muitas vezes surge com a família, é uma perda emocional, traz repercussões a níveis físicos e psíquicos. Alguns idosos referem que no início, quando entraram para o lar, as visitas dos familiares eram mais frequentes. Estas visitas com mais frequência na fase de integração e acolhimento são de salutar, pois, os

familiares sentem que devem estar presentes nesta mudança de vida no idoso. Os laços afectivos são muito importantes, o acompanhamento, o interesse da família na fase inicial é essencial para a adaptação do idoso a esta nova vivência. Contudo, os idosos constataam que existe um afastamento por parte da família, após a integração, como refere Pimentel (2001 p.78) “(...)as visitas e a procura de informação são cada vez menos frequentes à medida que o tempo passa(...)” esta realidade deve-se muitas vezes à situação de doença, de dependência do idoso. Os sentimentos de culpa, de vergonha, de responsabilização por parte dos familiares começam a diminuir, existe uma demissão de obrigações por parte da família e unicamente responsabilizam o lar, os cuidadores formais, pelo idoso. No entanto, os idosos, com algumas excepções, tentam justificar sempre de uma forma positiva o comportamento da família e acomodam-se a esta nova realidade. Com adaptação a esta nova realidade, os sentimentos de pertença, de identificação, de proximidade por parte do idoso com os intervenientes do lar (cuidadores, colegas) começam a surgir e ajudam o idoso a ultrapassar esta fase.

Tal como se pode inferir a partir da revisão da literatura, Sousa (2006) refere que a família enquanto rede informal tem uma função importantíssima a nível emocional e as redes formais têm a função de cariz mais técnico. Assim, ambas contribuem para o bem-estar psicossocial do idoso.

Quadro 2 – Ocupação do Tempo – Actividades antes do lar

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Trabalho	<p>“trabalhar nos campos, que saudades eu tenho, quando vejo os vizinhos..mas não posso” (Arlinda)</p> <p>“Trabalhava no campo” (Lúcia)</p> <p>“Trabalho” (Abilio)</p>
Tarefas da casa	<p>“Vida de casa” (Assunção /Celeste/ Maria/Lurdes)</p> <p>“quando fiquei viúva, era a chorar que ocupava o tempo e tinha a minha casa” (Isabel)</p>

“uma grande empresária da casa, criar filhos, marido, uma vida social muito intensa” (Guilhermina)

“Com a lida da casa, meter roupa na máquina, passar a ferro.” (Amélia)

Trabalhos manuais

“Rendas e Malhas” (Fernanda)

“Fazia croché e costura” (Rosa)

“Dediquei-me à cerâmica e escultura”(Joana)

Espaços de lazer

“Frequentava um centro de dia; Ginástica; jogos de mesa; rezava” (António)

“Frequentava um centro de dia; Rendas” (Arlete)

“Antes de entrar para o lar, já frequentava o centro de dia” (Arlinda)

Desporto

“piscina” (Margarida)

Neste quadro número dois conhecemos as actividades de ocupação dos idosos antes de entrarem para o lar. As respostas obtidas foram essencialmente no trabalho, nas tarefas de casa, relembramos que um grande número de idosas do estudo tinha como principal função a actividade doméstica, e três idosos frequentavam centros de dia. Sabemos que, para estes idosos, o trabalho tem muito significado, pois, representa a vitalidade, o reconhecimento das suas capacidades, a interacção com o meio. No entanto, os lares não dão especial atenção às actividades que os idosos desenvolveram, não promovendo a continuação destas actividades, ou seja, de acordo com os interesses dos idosos.

Quadro 2.1 - Ocupação do Tempo - Actividades no lar

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Nenhuma	“Nenhuma” (António)
	“Não faço nada” (Assunção)
	“Nenhuma, gosto de estar sozinha, a rezar, sou muito calada” (Lúcia)
	“Não faço nada, converso pouco” (Fernanda)

“Aqui não faço nada, vejo televisão, que quase nem se ouve de tão baixa que está” (Amélia)

Leitura

“Ler e rezar” (Celeste)

“não faço trabalhos manuais, porque não vejo bem, quando é para ler têm de aumentar a letra” (Rosa)

“durante o dia converso, mas gostava de ir a casa buscar livros para ler”(Margarida)

Música

Dançar e Cantar (Maria)

Passear

“Não gosto do ambiente da sala” “Vou para o jardim”(Lurdes)

Acções de conhecimento

“Nenhuma, assisto algumas palestras quando há no auditório” (Abílio)

Jogos lúdicos

“temos distrações, jogos, falamos, em casa era um martírio levava os dias a chorar” (Isabel)

Trabalhos manuais

“comecei aqui a fazer flores de tecido e já fiz centenas...e agora comecei a fazer umas borboletas para as meninas e meninos que nascem” (Joaquina)

“Tenho feito muito croché aqui para oferecer, mas a vista e cabeça não me deixam, mas quando estou ocupada, estou melhor” (Arlinda)

“Pinto, bordo, faço cerâmica, nunca vendi quadros, agora tenho aqui expostos”(Joana)

“Ocupo sempre o tempo a fazer qualquer coisa, para mim ou melhor para dar, faço renda, costura,.. (Arlete)

Expressão dramática

“ gosto de fazer teatro”(Arlete)

“comecei a recitar um poema.. todos bateram palmas, não sei como fiz aquilo,..tive cumprimentos de todos..foi assim começou a história de recitar”(Rosa)

Depois da entrada para o lar, observamos que alguns idosos não têm actividades de ocupação, deixaram de fazer algumas das que faziam e outros descobriram outras actividades que nunca tinham realizado.

Algumas actividades que os idosos referiram que realizavam antes da integração no lar, deixaram de as fazer. Por exemplo, muitos idosos referiram como actividades de ocupação, o trabalho nos campos, as tarefas domésticas e, neste quadro número 2.1, estas actividades não são pronunciadas por nenhum idoso. Sabemos que existem idosos que pensam que já trabalharam suficiente e nesta fase devem descansar, porque muitas vezes o tipo de actividades propostas nos lares não está de acordo com os seus interesses, nem de acordo com as suas capacidades físicas. Verificámos que os idosos do estudo residentes em três lares distintos têm o mesmo género de oferta de actividades socioculturais. O que nos leva a findar, e conforme a revisão da literatura, é notória a preocupação em ocupar o idoso, com actividades lúdicas, culturais, de estimulação física e cognitiva, actividades que contribuem para o bem-estar psicossocial do idoso. Os lares elaboram os programas de animação para seniores, mas não respeitam a individualidade, os gostos e interesses de cada um. Quando um idoso decide residir num lar é necessário questionar-lhe como ocupa o tempo, o que gosta de fazer, o que gostaria de fazer e não fez, para que os técnicos façam planos individuais, elaborem actividades adequadas, conforme as necessidades e os interesses expressos pelo idoso.

Quadro 2.2 - Ocupação do Tempo - Actividades no Exterior

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Festas e Romarias	“Vou à terra em dias de festa. Não saio sozinha” (Assunção) “Quando faço anos vou a casa” (Celeste)

Passeios

Faz passeios com as amigas (Lurdes)
“Às vezes vou à praia, porque isto é perto do mar”(Margarida)
“Eu saio sempre, vou aos passeios enquanto puder”(Arlete)
“Saio só, quando há passeios a Fátima, tenho aproveitado, os passeios da casa”(Rosa)

Terra Natal

“Ainda vou ao Porto, mas está tudo tão diferente que não me dá vontade” (Joaquina)
“Às vezes venho de táxi de Lisboa, outras vou de comboio” (Joana)

Compras

“vou ao centro da cidade, aos chineses, passo o tempo” (Joana)
“Às vezes, saio, ainda à 3 semanas fui à feira, mas vim muito cansada”(Arlinda)

Convívio /Amizade

“Mantenho contacto com amigos e clientes” (Abílio conduz carro)
“Às vezes vou almoçar fora”(Joana)

Sem actividades

“Não saio daqui” (António/ Amadeu/ Maria/ Lúcia/ Fernanda/ Isabel)

Inconformados

“ia à missa, agora não vou, vejo na televisão”(Margarida)
“Sempre fiz praia, mas agora não quero ir, preciso de passear, mas a minha irmã também não pode”(Amélia)

Quanto às actividades no exterior, seis idosos afirmam que não saem, outros só saem para visitar os familiares e nas festas comemorativas. A

interacção com a família é um meio para a comunicação com o exterior, contudo, verificámos que um grande número de idosos não sai e recebe as visitas no interior do lar.

Referem como actividades ao exterior os passeios que os serviços do lar propõem. Uns gostariam de sair mais, de fazer actividades, mas por motivos de doença, familiares, ou indisponibilidade dos serviços do lar, não o fazem.

De acordo com os autores consultados, o envelhecimento natural acarreta sempre alterações a níveis físicos e/ ou psíquicos, mas, pode tornar-se mais acentuado quando a nível social existem perdas de amigos, de interacções sociais, da prática de actividades sociais. Sousa, (2006) refere que os idosos ao longo da vida vão realizando as suas tarefas de vida diária e instrumentais, como ir às compras, usar os transportes, no entanto, a integração no lar, muitas vezes distante da sua residência, torna ainda mais complicado o idoso continuar a realizar as suas tarefas, para além das suas capacidades físicas irem diminuindo.

Quadro 3 – Institucionalização – Motivos da Integração

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Família	Pressionado pelo filho (António) Pressão por parte dos filhos· (Assunção) “A minha irmã disse que era o melhor para mim, ficava muito caro ter 2 empregadas uma de noite outra de dia, mas eu não queria vir” (Amélia) “a minha nora, foi ela que me empurrou para aqui” (Rosa) Não causar aborrecimento aos filhos; andava de casa em casa (Maria) “devido à doença e às noras, são boas, mas não são filhas” (Fernanda) “isto deve ser bom para os nossos pais.. foram eles que quase me obrigaram a vir para aqui” (Joaquina)

.pressionado pela filha que trabalha no lar(Amadeu)

“eles (filhos) trataram de tudo para eu vir”(Lúcia)

“Não estragar a vida a minha filha” (Lurdes)

Trabalho dos familiares e não puderem cuidar (Celeste)

“foi a minha sobrinha que me meteu aqui...ela disse-me a tia não pode estar em casa sozinha, dá-lhe alguma coisa de noite, não tem ninguém, ela tinha razão”(Isabel)

Doença

Motivos de saúde (António)

Problemas de saúde (Amadeu)

“tive um esgotamento” (Lúcia)

“problemas de saúde meus e da esposa”(Abílio)

“nunca o desamparei, a minha vinda para cá também foi pressionada pela doença do meu marido” (Joaquina)

“Após uma operação ao coração” (Lurdes)

Solidão /viuvez

Viver sozinho (António)

“fiquei viúva, não queria ficar sozinha” “Foi o meu filho que me indicou o lar” (Margarida)

“ vivia sozinha, tenho só um filho que vive na Maia, ele trabalha, a minha nora não podia tomar conta de mim. (Arlete)

“cada vez mais sozinha, tenho que pensar ir para um lar” (Joana)

“estava viúva há muitos anos”(Guilhermina)

“Vim para cá por ter ficado viúva...estive algum tempo sozinha, passava as noites a chorar”(Isabel)

Habitação

“Eu tinha uma casa com 39 degraus” (Arlete)

“a minha casa tem muitas escadas, não podia ficar”(Lurdes)

“a minha casa estava a cair vivi lá 40 anos”

“o apartamento da minha filha era pequeno”(Lúcia)

a minha casa sem condições, chovia lá dentro, tudo estava podre” (Arlinda)

Opção de escolha

“por minha livre vontade” (Arlinda)

“comecei a pensar e vim para aqui porque quis” (Arlete)

Antecipação do futuro

“comecei a pensar estou com 77 anos, fico numa cama doente, vou dar muito trabalho aos filhos” (Guilhermina)

“porque agora a Sr.^a ainda entra fácil, porque se estiver acamada, já ninguém aceita, vá-se inscrever, mais força tive” (Arlinda)

“receio de acontecer alguma coisa e depois não tinha para onde ir” (Abílio)

Dado o estudo se centrar na integração / institucionalização do idoso no lar de idosos, tem todo o sentido fazer uma referência às razões que levam o idoso à vivência num lar. Como verificámos, os idosos apontam sempre mais que um motivo para integrarem o lar. Mas, a principal razão que indicam é a pressão por parte da família, são os familiares que aludem o lar como caminho melhor para o idoso. Contudo, esta decisão de integração no lar deveria ser iniciativa do idoso, de livre vontade e não coagido pelos familiares. Associado a este motivo, está a solidão, que por sua vez está ligada à viuvez, à doença e às más condições de habitação. Só duas idosas é que expressaram a vontade em residir no lar, e devemos salientar que são idosas que frequentavam a resposta social centro de dia. Também, a vontade de residir no lar advém do medo, das consequências, da antecipação e prevenção a nível da saúde e da segurança. Cada vez mais a população idosa, em parceria com os familiares, procura a resposta social lar como alternativa para as vulnerabilidades e limitações como a doença, a dependência, o isolamento, que podem surgir na fase da velhice.

Quadro 3 .1– Institucionalização - Momentos Significativos Positivos

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Nenhum	Nenhum (António/ Celeste) “Nunca tive momentos de alegria, há muitas coisas aqui que eu não gosto”(Abílio)
Vaga	“Ter conseguido vaga rapidamente no lar” (Assunção/ Arlinda)
Satisfação	“Gostar do lar” (Amadeu) “Vim toda curvadinha, sempre vestida de preto, com trança no cabelo .. elas começaram a vestir-me roupas alegres” (Maria)
Saúde/Segurança	“Ter recuperado a saúde, gosto de estar aqui, são todos meus amigos” (Lurdes) “Aqui tenho mais segurança, também se precisar de um médico” (Amélia)
Valorização Pessoal	“Comecei a recitar um poema.. todos bateram palmas, não sei como fiz aquilo,..tive cumprimentos de todos..foi assim começou a história de recitar”(Rosa) “O que me marcou mais na instituição foi um presente que dei ao sr. Provedor, um símbolo do Sporting em

croché que eu fiz, mandaram encaixilhar e ele ficou muito agradecido, elogiou-me muito, disse que eu tive muita paciência e trabalho” (Arlete)

Opção de escolha Companhia	“Tivemos oportunidade de escolher” (suite) “Adaptei-me bem porque vim com o meu marido” (Joaquina)
-------------------------------	--

Os idosos mostraram algumas dificuldades em revelar situações, momentos positivos que marcaram a sua integração. Alguns idosos não referenciaram nenhum momento positivo, salientamos que estes idosos foram integrados no lar devido à pressão por parte da família. Outros ficaram satisfeitos com as suas necessidades como a segurança, a companhia, a saúde terem sido saciadas. Verificámos que os lares possuem listas de espera muito grandes e as dificuldades em encontrar uma vaga são diversas, quando surge a vaga é um momento de satisfação para o idoso. De acordo com o estudo de Pimentel (2001), a institucionalização é uma situação difícil, mas, no entanto, os idosos consideram que é o melhor para satisfazer as suas necessidades básicas. Realçamos a valorização pessoal, o reconhecimento por parte dos intervenientes do lar, em relação aos idosos, pois, são momentos marcantes que aumentam a auto-estima, o bem-estar, que contribuíram para uma melhor adaptação.

Quadro 3 .2– Institucionalização - Momentos Significativos Negativos

Subcategoria	Excertos das entrevistas
---------------------	---------------------------------

Saudades
Casa/ Amigos

Sente falta da casa onde residia..
Do centro de dia..
Do convívio..(António)

Deixar a casa

Falta dos amigos (Amadeu)

“Deixar a casa”

“Vida boa que tive” (Assunção)

“Abandonar a casinha, o campo ficou com silvas”
(Celeste)

“Senti falta de tudo, não há nada como a nossa casa”
(Lúcia)

“Tenho saudades de um cão que deixei na minha
moradia” (Abílio)

“Tenho saudades das vizinhas” (Arlete)

“Deixar a minha casa, daqui não vou lá mais, custou-me
e não quero lá voltar, não quero”(Amélia)

Quando vim não desgostei, mas deixei uma casinha que
era um amor e vim para aqui me meter”(Guilhermina)

“Tenho saudades das minhas coisas, vivi lá 39 anos, mas
as coisas têm de ser assim, a minha vida agora é esta,
não quero chatear os meus filhos.”(Arlinda)

Desilusão

“ninguém me recebeu quando eu entrei, fiquei na sala, já
tinham falado com o dono”

“o meu quarto, foi um problema, custava-me subir
escadas, tinha 4 patamares, não tinha porta, quando
cheguei lá cima não podia mais” (Amélia)

“Quando a minha nora e meu sobrinho me trouxeram,
foram eles que puseram as roupas no sítio e vi que o
armário, não tinha dobradiças, nem fechaduras, eu trazia
86€, entrei, no outro dia já não tinha dinheiro, queria por
uma carta ao correio e nem dinheiro tinha para o selo, fui
pedir à secretaria, foi um golpe” (Rosa)

“Entre em Dezembro, eu só queria entrar em Janeiro,
mas disseram-me tem que ser agora, foram muito
espertos, ficaram-me logo com as duas reformas.(Rosa)

Doença

“Desde que vim para cá as tensões elevaram-se, mas,
tomo os comprimidos e baixam logo”(Amélia)

Arrependimento	<p>“Eu estava melhor na minha casa, não tinha o que tenho aqui, mas, estava melhor do que estou aqui e juntava algum”(Rosa)</p> <p>“Estou arrependida, tenho saudades da minha casa e de tudo, não sei o que me deu para vir”(Guilhermina)</p>
Dependência	<p>“Eu tinha 77 anos na altura cheia de vida, eu guiava ia para todo o lado, resolvia os meus problemas, finanças, banco, não incomodava nenhum filho” (Guilhermina)</p> <p>“Digo com franqueza custou-me muito vir para cá, estava habituada a minha independência, as minhas compras.. (começou a chorar) está-me a custar um bocado (Amélia)</p>
Tristeza	<p>“Fiquei triste, porque os meus filhos assinaram que eu dava a minha reforma toda e eles pagam o que é por fora, os medicamentos, eu sei que foi para entrar mais depressa, eu sinto-me triste por causa disso” (Arlinda)</p>
Adaptação	<p>“Chegava às 18h e não ir embora, custou-me muito” (Celeste)</p> <p>“Custou-me muito, foi difícil”(Lúcia)</p>

Em relação aos momentos negativos, as respostas foram unânimes, as saudades da casa, das raízes que construíram, dos amigos e vizinhos foi o que mais marcou no íntimo de cada um. Nesta questão os idosos revelaram sentimentos de tristeza, de arrependimento, de desilusão com os serviços, com o acolhimento, com a integração. Concluímos que os momentos negativos na fase de integração são superiores aos positivos, situação que não nos surpreendeu pois, conforme a revisão da literatura, vários estudos de Pimentel (2001), Paúl (1997), Fernandes (2000) Cardão (2009) inferiram que a integração, a vivência num lar é um momento muito difícil, o abandonar a sua casa, ir para um espaço limitativo e desconhecido, causa situações de stress, de mal adaptação, de perdas pessoais, sociais e físicas.

Quadro 4- Relacionamento Interpessoal c/ Cuidadores

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Simpáticos	“são uma simpatia, às vezes chego a ter pena delas” (Abílio) “As empregadas são uma maravilha, muito amigas.” (Arlete) “as enfermeiras aqui são uma simpatia, melhores que nos hospitais”(Arlinda)
Profissionais	Fazem o que é preciso, boas pessoas” (Amadeu /Assunção) “elas precisam de trabalhar para governar a vida, mas nós precisamos mais delas” (Lurdes)
Desagradáveis	“São mais ou menos.. não têm nenhuma atenção” (António)
Autonomia	“faço tudo para tirar trabalho, são muito amigas, fazem brincadeiras malucas” (Maria) “Às vezes querem dar-me banho, mas eu digo desculpe, mas eu sei tomar banho sozinha”(Margarida) “não tenho nada que dizer dos funcionários, embora eu não precise delas para tomar banho e é o que me vai custar, precisar delas um dia” Arlinda) “as funcionárias cuidam de mim, mas eu ainda faço a minha higiene, já tenho quase 90 anos, mas, ainda faço.” (Isabel)

Quanto ao relacionamento com os cuidadores, os idosos mostraram-se contentes, satisfeitos com o profissionalismo, a atenção, a simpatia dos cuidadores, com excepção de um idoso que não se encontra satisfeito no lar e compara o desempenho dos cuidadores do lar com os do centro de dia que frequentou.

Ao analisarmos as respostas dos idosos, concluímos que o relacionamento idoso e cuidador foi demonstrado pelos idosos por sentimentos de dependência, de submissão, face ao cuidador e não tanto em sentimentos de afecto como a amizade, o carinho, etc.

Verificámos que todos os idosos são de opinião que os colaboradores são óptimos profissionais, mas receiam o momento de necessitarem dos cuidados básicos, essencialmente os cuidados de higiene. Este momento de dependência dos cuidadores é vivenciado pelos idosos com receio e sentido como uma perda de autonomia, de intimidade, de dependência de terceiros para a satisfação das necessidades básicas, entre outras. Este receio emerge devido às perdas citadas, mas, também devido aos idosos, nas suas faculdades físicas e psíquicas, conviverem e assistirem aos cuidados pessoais, de higiene e de imagem que são prestados e oferecidos a idosos dependentes. Esta realidade deve-se ao facto dos idosos residentes em lares movimentarem-se e partilharem os mesmos espaços, como o quarto de dormir e, associada a esta situação, deparamo-nos com a carência de cuidadores formais nos lares. A insuficiência de cuidadores formais nos lares é uma situação contestada pelos idosos. Os cuidadores têm como principal função prestar serviços e cuidados adequados de acordo com as necessidades de cada idoso, no entanto, verificámos que baseiam as suas funções nas tarefas de cuidados de higiene, mecanizam as tarefas de igual forma para todos, em detrimento de uma relação de confiança, de encorajamento, de incentivo a autonomia, entre idoso e cuidador.

Quadro 4.1 - Relacionamento Interpessoal c/ Colegas Residentes

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Próxima	“Estamos três num quarto. Damo-nos bem, somos amigas” (Assunção)
	“Tive sorte, não fazem barulho nenhum”(Celeste)
	“Eu escolho as minhas amizades”

“Tenho uma amiga inseparável, tenho medo de quem vai primeiro morrer, porque vai sofrer”

“Eu aceito que me chamem atenção os outros não, têm de ser mais compreensivos”(Lurdes)

Conflituosa

“Aqui as pessoas que achamos mais ou menos amigas vamos cumprimentando, vamos vivendo” (Joaquina)

“Pessoal muito fechado, atrasados” (António)

“Gosto das colegas do quarto, mas tem uma que é exigente, não aceita que eu diga nada”(Lúcia)

“Meto-me dentro da minha vida, fico calado, há outros que se metem demais na vida dos outros”(Abílio)

“Estava num quarto sozinha, mas agora está cá outra senhora, mas é muito sossegada”(Fernanda)

“Estou num quarto com mais três, o mal é esse, por acaso são boas pessoas, já tive outras, as primeiras não eram grande coisa, mas tive oportunidade de mudar aceitei logo”

“A noite estamos a ver televisão até as horas que queremos, mas quem precisa das meninas para se deitar, tem que ir para a cama mais cedo, mas alguns não compreendem e resmungam por nós ficarmos até mais tarde, mas a directora diz “vocês fiquem a vontade”. (Arlete)

“Na minha mesa somos uma dúzia, está lá uma que é meia palerma, come com a boca aberta, não mastiga, enfim, uma desgraça, mas também tem gente boa”

“Estou num quarto com mais 2 e elas agora estão pegadas, uma é preguiçosa, chamo-lhe a rainha da preguiça, ela penteava-se com os meus pentes, eu achava que era abuso mas dou-me bem com ela”(Rosa)

“Magoou-me uma sr^a que está no meu quarto, ela acusou-me que lhe tinha guardado um xaile e um casaco na minha mala de Inverno, fiquei muito sentida, apetecia-me bater-lhe, mas como respeito a casa, não o fiz” (Arlinda)

Nesta questão, os idosos referiram-se aos colegas do lar, essencialmente, com os que partilham o quarto de dormir. Normalmente são dois a três idosos e constatamos que existem vários conflitos derivados pela partilha do quarto. Conforme a literatura referenciada a vivência numa estrutura residencial é uma mudança na vida da pessoa muito grande, com possíveis consequências aos níveis biopsicossociais e, para que estas consequências não se agravem ainda mais, o lar deve proporcionar ao idoso um ambiente calmo, agradável, o mais identificativo com a sua casa. No entanto, o que verificámos são lares com quartos duplos ou triplos, em que o idoso não tem opção de escolha, nem do quarto, nem dos colegas e é obrigado a partilhar com desconhecidos a sua intimidade e a sua privacidade, situação que não acontece na opção de suites, mas esta opção não está ao alcance da maioria dos idosos, devido ao facto de não possuírem poder económico suficiente para a escolher. A partilha dos espaços comuns, como o quarto, o refeitório, dos mesmos equipamentos como a televisão, faz com que haja imensos conflitos no relacionamento entre idosos, mas também com os cuidadores, por acharem que estes beneficiam uns em detrimento de outros.

Constatámos que existem vários factores que contribuíram para as preferências de amizades como o estatuto social, as habilitações académicas, a profissão que exerceram. Estes factores são determinantes na escolha de amigos. Salientamos que a situação de doença, de demência senil são factores que geram conflitos entre os idosos, pois, não existe compreensão e entendimento em relação ao comportamento do outro.

Quadro 4.2 - Relacionamento Interpessoal c/ Amigos do Exterior

Subcategoria	Excertos das entrevistas
---------------------	---------------------------------

Saudades	“Gostava muito dos amigos do centro de dia” (António)
	“Sinto falta dos amigos” (Amadeu)

“Sinto falta das vizinhas”

“tenho saudades das vizinhas, gosto de falar com elas, saber como estão”(Arlete)

“Tive muitos amigos, agora não, também me refugiei em casa”(Amélia)

“Muitas saudades da vida social das amigas.”
(Guilhermina)

Convívio

“gosto muito de estar em Lisboa, tenho lá muitas amigas, distraio-me mais”(Joana)

“tenho muitos amigos, elas querem lanchar comigo, eu vou ter com elas”(Lurdes)

“este contacto com os clientes e fornecedores continua a fazer-me viver e a recordar a minha vida feliz de trabalho”
(Abílio)

“tinha boa vizinhança, ainda estou com eles quando vou à minha filha”(Lúcia)

Separação Terrena “os meus amigos já foram quase todos, eu é que estou cá, não sei como”(Joaquina)

No que concerne ao relacionamento com os amigos do exterior, todos os idosos responderem com emotividade e foi uma questão que os levou a um sentimento de saudade. Os idosos referiram-se aos amigos invocando principalmente, os vizinhos, as relações de amizade, de vizinhança que geraram ao longo da vida e que agora fazem parte do memorial de cada um. Para além do sentimento de saudade, de tristeza, de separação, existe um sentimento de solidão, não porque estão sós, mas, porque os seus companheiros, o grupo de amigos, de vizinhos com quem partilharam momentos significativos, de entre-ajuda, deixaram de estar presentes. Conforme a revisão da literatura (Paúl, 1997); (Sousa, 2006) a rede de suporte social (amigos, família) é determinante para o desenvolvimento da qualidade de vida do idoso e quando surge a ausência dos amigos, marcada pela morte ou o distanciamento de proximidade local, são ausências e perdas relacionais

vivenciadas pelo idoso de uma forma angustiante, susceptibilizando-o a uma maior vulnerabilidade física e psíquica.

No que se refere à amostra do estudo por nós desenvolvido, verificamos que todos os idosos sentem muita falta dos amigos, dos vizinhos, das relações que mantinham antes da integração no lar. Pudemos constatar que os idosos com mais vulnerabilidade física, os idosos que saem do lar só com a família e os que não saem, são idosos que não possuem contacto com a rede de amigos como gostariam. Os idosos com mais autonomia, com mais poder económico, de estatuto social mais elevado, conseguem manter contacto mais facilmente com os amigos e vizinhos, favorecendo e reforçando os laços de amizade, de relação, que os ajuda a manter ligados às suas raízes e ao meio social.

Quadro 5- Opinião em relação aos serviços prestados pelo lar

Subcategorias

Excertos das entrevistas

Nada Satisfeito

Com o ambiente

“tem aqui coisas que às vezes parece um quartel, não para mim...que entro e saio quando quero, mas os outros” (Abílio)

“é um ambiente pesado, tenho que arejar, sair”(Lurdes)

“o que sinto muito é falta de distração, não sair, estar aqui sempre metida” (Amélia)

Satisfeito

“Estou satisfeito dão-me banho, dão-me roupa.” (Amadeu)

“estou muito satisfeita, gosto de estar aqui” (Maria)

“gosto de cá estar, habituei-me, mas ao principio custou-me muito, foi difícil” (Lúcia)

“estou satisfeita em estar aqui, fui eu que escolhi... não me queixo, nunca digo que estou triste” (Arlinda)

“estou muito bem, dou-me com toda a gente, estou melhor aqui do que estava em casa, temos distrações, jogos, falamos” (Isabel)

“estou num ambiente bom parece que estou em casa”(Joaquina)

“Há vantagens de estarmos doentes e há sempre alguém de noite, tocamos a campainha e socorrem-nos”(Joana)

Conformados

“tenho que estar satisfeita” (Celeste)

Ao explanarmos este quadro, queremos realçar as respostas dos idosos quanto à satisfação dos serviços que mencionaram como a prestação de cuidados básicos a níveis da higiene, saúde e segurança. Só uma idosa refere as actividades de ocupação. Os idosos que demonstraram a satisfação com os serviços foram aqueles que procuraram o lar para a satisfação das suas necessidades básicas e os que se integraram espontaneamente no lar.

Ressalvamos que entrevistamos idosos integrados em três lares distintos mas todos os idosos enumeram os mesmos serviços oferecidos por estas entidades.

O tempo de permanência num lar é um factor que contribui para o bem-estar, a adaptação ao espaço e intervenientes e um conhecimento mais aprofundado dos serviços a serem prestados ao idoso. Este facto é evidenciado nas respostas de satisfação por parte dos idosos pois, todos já tinham mais de um ano de permanência no lar.

Verificámos que alguns idosos não estão descontentes com os serviços que são prestados mas pelo modo como são realizados ou pela ausência de mais serviços de acordo com os seus interesses. Este facto prende-se com as rotinas instaladas para a realização dos serviços, a mecanização das tarefas de forma a chegar a todos, não respeitando a individualidade de cada um. Para além deste desagrado com as rotinas e regras dos serviços, os idosos identificam a vivência no lar como um ambiente pesado referindo situações de doença, de dependência que presenciam diariamente, sem muitas vezes terem recursos suficientes para se puderem afastar.

Quadro 5.1 - O lar corresponde às expectativas

Subcategoria	Excertos das entrevistas
Não	<p>“Não era este lar que pretendia, espero a sepultura” (António)</p> <p>“melhorasse, há coisas que tem de melhorar, não queria ter uma vida de sofrimento no fim, para não ter uma prestação de serviços sociais, porque eu vejo as coisas”(Abílio)</p> <p>“Desejo ir para a cova” (Amadeu)</p>
Sim	
Segurança	<p>“Sinto-me mais segura”(Celeste)</p> <p>“Casa até morrer”(Assunção)</p>
Companhia	<p>“estou num ambiente bom, tenho amigas e conformei-me e aqui estou” (Isabel)</p>
Estabilidade	<p>“que me dê sempre bem aqui como dei até agora”(Arlinda)</p> <p>“eu acho que foi uma coisa boa, não ia estragar a vida dos meus filhos”(Lurdes)</p> <p>“estou melhor aqui, eu estava sozinha, a minha filha tem que trabalhar, a casa era pequena” (Lúcia)</p> <p>“Fiz muito bem em vir para o lar, não me falta nada!”(Arlete)</p>
Saúde	<p>“Ter saúde, não precisar das meninas, eu sei que elas são amigas, mas no dia em que eu precise, nós somos muitas e elas não podem fazer o que a gente quer, nem a nossa vontade, nem estarem disponíveis às horas que queremos.” (Arlete)</p>

“quando me sinto doente, sozinha, venho para cá”(Joana)

“tenho muitos problemas de saúde, só nesta casa já fiz 3 operações...mas Deus ajudou-me para andar assim, vou passando os meus dias” (Joaquina)

“espero o pior, a saúde, estou muito pesada e isso é mau, estou a fazer fisioterapia para melhorar um pouco mais, mas nesta idade é difícil” (Arlete)

De acordo com a revisão da literatura (Pimentel, 2001), os idosos identificam o lar como o último local de vida e associam-lhe sentimentos negativos, como a tristeza, a separação, não criam expectativas e sabem que não podem voltar atrás.

Cardão (2009) refere que os idosos que vivem desanimados, descompensados têm como única esperança o desejo da morte e menciona Le Gouès que afirma que este desejo da morte pode estar relacionado com “uma identificação patológica ao objecto perdido, simbolizando a vontade de união com o mesmo.”

No nosso estudo, verificámos que os idosos e, salientamos os três homens, confirmaram as correntes de opinião dos autores supracitados pois não pronunciam nenhuma expectativa face ao lar e alguns idosos afirmaram que desejam a morte. Concluimos que este desejo da morte poderá estar relacionado com as perdas relacionais, perda de autonomia, de privacidade, das suas raízes, sentidas após o ingresso no lar.

Contudo, existem outros idosos que sentem que a integração no lar foi uma oportunidade para satisfazerem as suas necessidades como a segurança, a estabilidade, a saúde e encontram-se adaptados e satisfeitos com a realização das mesmas. Nas respostas obtidas pelos idosos, verificámos que após a integração no lar, as expectativas face ao lar baseiam-se na continuação da satisfação das necessidades próprias e que o lar continue a proporcioná-las, com serviços adequados.

Quadro 5.2 – Continuidade ou não a residir no lar

Subcategorias	Excertos das entrevistas
Sim	
Opção certa	<p>“foi a opção certa, foi certíssima, os meus filhos estão sossegados, estão radiantes”(Joaquina)</p> <p>“foi opção certa porque em casa era um caso sério, estava sozinha”(Isabel)</p> <p>“Estou muito satisfeita, eu agora estou um pouco fora daqui, quero logo vir embora” (Arlete)</p> <p>“Estou muito satisfeita, continua a ser minha opção” (Margarida)</p> <p>“se fosse hoje vinha na mesma, tinha que vir, estou satisfeita”(Lúcia)</p> <p>“não conheço outros lares e não troco”(Maria)</p>
Sem alternativas	<p>“Prefiro estar aqui, ninguém pode cuidar de mim..” (Celeste)</p> <p>“continuava, se não fosse este, seria outro mas continuava... temos de ter alguém que cuide de nós” (Abilio)</p> <p>“Sim, se fosse o lar onde frequentava o centro de dia”(António)</p>
Não	
Casa	<p>“Eu estava melhor na minha casa, não tinha o que tenho aqui, mas estava melhor do que estou aqui e juntava algum”(Rosa)</p> <p>“se fosse hoje com 86 anos muito mais velha, talvez pensasse melhor, ficar em casa com uma funcionária, mas também podia não ser de confiança”(Guilhermina)</p> <p>“Claro que eu gostaria de continuar sempre na minha casa, mas um dia tenho mesmo de ficar cá para sempre”(Joana)</p> <p>“se tivesse companhia preferia ficar em casa, continuava lá, sozinha não.” (Amélia)</p>

No quadro 3 - razões da institucionalização - conhecemos as motivações, as necessidades que levaram os idosos à procura da resposta social lar e concluímos que grande parte dos idosos foram aconselhados pela família, referindo várias necessidades como a saúde, o isolamento, a inadaptação da casa, etc. Nesta última questão, quanto à continuidade ou não por esta resposta social, concluímos que os idosos, de uma forma geral, continuam a afirmar que o lar foi a resposta certa, pois os serviços suprimiram as suas necessidades como a perda de autonomia, a indisponibilidade da família, o isolamento. Constatamos que as idosas que foram para o lar de livre vontade referem que foi a melhor solução, os outros, que foram pressionados pela família devido às circunstâncias já referidas, afirmam que estão satisfeitos apontando que foi o melhor para eles e família. Os idosos que não estão satisfeitos com os serviços prestados pelo lar afirmam que continuam a concordar com a integração num lar, mas não este onde residem. No entanto, possuem uma atitude de acomodação, referindo razões como as dificuldades financeiras e as vagas inexistentes em outros lares. Verificámos que as idosas que afirmam que estão arrependidas em terem optado pela integração no lar são as idosas com mais poder económico e com habilitações literárias superiores.

Conforme a revisão da literatura, os idosos optam pela integração no lar quando não possuem outra alternativa, a resposta social lar continua a ser o último local que o idoso opta por residir pois, na amostra, só duas idosas expressaram de livre vontade a vivência no lar. No entanto, associado muitas vezes à fase da velhice, o idoso é defrontado com situações como a perda de autonomia, a dependência, a solidão, a indisponibilidade da família para cuidar e estas circunstâncias levam o idoso à procura da resposta lar. Verificámos que estes idosos vivem conformados, no decorrer das entrevistas muitas vezes o disseram “...*tenho que estar...*”. Não têm meios económicos, muitas vezes, para continuarem a residir nas próprias casas, muitos não tiveram oportunidade de escolher o lar, outros a família não pôde, nem sabe como cuidar.

CAPÍTULO 5 - DESCRIÇÃO DO SEGUNDO ESTUDO REALIZADO

5 METODOLOGIA

5.1 INSTRUMENTOS

Na fase da recolha de dados, o instrumento seleccionado e aplicado aos cuidadores formais para realizar o estudo foi a escala de atitude e opiniões. A escala de atitudes a nível quantitativo, foi a opção mais correcta para quantificarmos a opinião dos cuidadores formais, relativamente às afirmações que pretendíamos estudar em relação à integração dos idosos num lar. A escala é um “(...) instrumento concebido para medir o grau de intensidade das atitudes e das opiniões de um sujeito a respeito de um fenómeno determinado(...)” (Pardal, Correia, 1995, p.68)

Optamos por seleccionar uma escala de atitudes e de opiniões de tipo *Lickert*, uma das vantagens da utilização das escalas tipo *Lickert* é que existem vários patamares (discordo totalmente, discordo em parte, indiferente, concordo em parte e concordo totalmente) de resposta sobre cada afirmação. No entanto, surgem desvantagens como no somatório das respostas e na interpretação da escala (Churchill, 1998).

Após a pesquisa bibliográfica e várias tentativas de realização de escalas, elaborámos uma escala com afirmações relacionadas sobre a população idosa, verificámos a eficácia das afirmações e pedimos a validação aos juízes. “A construção de uma escala só é correcta se obedecer aos princípios fundamentais de operacionalidade, de fidelidade e de validade, possibilidades de verificação e que meçam o que realmente pretendem medir.” (Pardal, Correia, 1995,p.68)

Um dos objectivos da aplicação da escala era obter informação dos cuidadores formais sobre a integração dos idosos em lares pois, são os cuidadores que estão mais perto dos idosos residentes em lares e conhecem

as vivências, a integração, as relações sociais e os lares. Assim, elaborámos a escala com cerca de vinte e uma afirmações relacionadas com a velhice e as vivências em lares de idosos. Posteriormente, agrupamos as afirmações em temas tais como: a definição da velhice, a vivência da velhice, as razões que levam à institucionalização, as relações interpessoais/sociais, a ocupação do tempo do idoso e a definição do cuidador formal. A escala divide-se em seis categorias - chave, cada uma contém duas a seis afirmações umas com carga positiva e outras com negativa. As escalas podem ser consultadas em anexo 3.

A cada responsável pelos lares de idosos foi solicitado, por escrito, o pedido e a distribuição das escalas pelos cuidadores e explicado pessoalmente o procedimento e o objectivo do estudo.

As escalas foram distribuídas e recolhidas entre os meses de Maio a Julho do ano dois mil e nove. Segundo informação das entidades responsáveis, os cuidadores aceitaram positivamente e com entusiasmo responder às escalas.

Numa fase posterior, para analisarmos os dados provenientes das escalas, desenhamos gráficos com os resultados, através do programa informático do Microsoft Office Excel 2007, para compreendermos melhor a leitura e análise.

5.2 AMOSTRA

O tipo de amostragem é não probabilística, ou seja, como refere Carmo (cit. in Custódio, 2008 p.99) permite-nos aceder a “um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários que aceitem colaborar no nosso estudo”

O estudo foi realizado a cento e duas pessoas, especificamente a cuidadores formais que desempenham funções em lares de idosos.

Das cento e duas pessoas que responderam cem pessoas são do género feminino e duas do género masculino.

Os **critérios de inclusão** para integrar a amostra do estudo foram:

- 1) ser cuidador auxiliar directo de idosos residentes em lares
- 2) demonstrar voluntariedade e disponibilidade para a participação no estudo.

Não existiu qualquer contacto presencial entre o investigador e os participantes na realização do estudo.

5.2.1 Contextos geográficos

Os cuidadores participantes desempenham as suas funções em lares de (IPSS, SCM e Privado) pertencentes aos concelhos de Espinho, Gaia e Santa Maria da Feira.

Os cuidadores formais que desempenham as funções na SCM no concelho de Espinho trabalham num meio urbano, beneficiam de condições e acessos desde transportes públicos, comércio, serviços de saúde, necessários à prática laboral. Os restantes quatro lares, um situado numa vila litoral do concelho de Gaia e três situados em três vilas do concelho de Santa Maria da Feira estão situados em vilas rurais ligadas à agricultura, mas também muita à indústria da cortiça e do calçado. As vilas do concelho de Santa Maria da Feira a nível de território são pequenas e cada uma tem uma média de 3 000 habitantes, já a vila do concelho de Gaia tem cerca de 11 000 habitantes. O estudo não nos permite conhecer a naturalidade dos cuidadores formais.

5.2.2 Caracterização geral da amostra

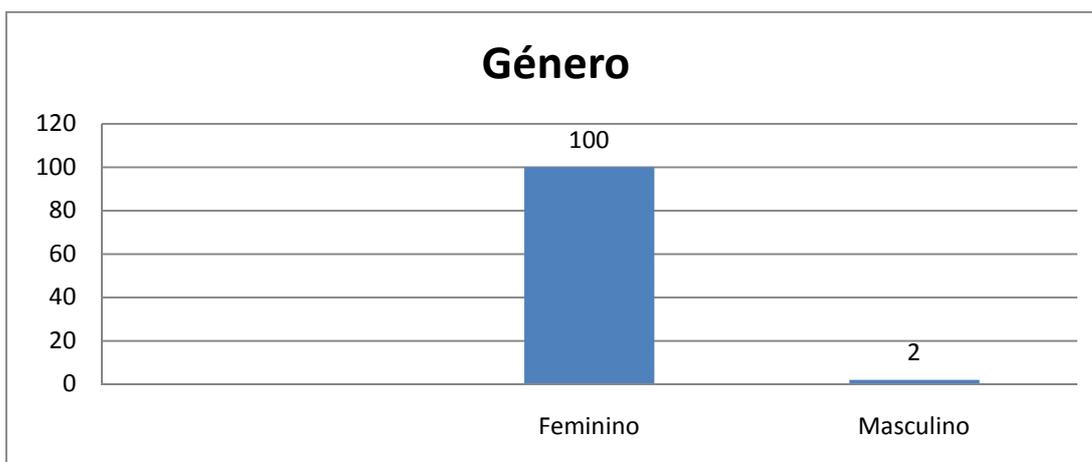


Gráfico 6 – Género

Como referimos, responderam à escala cento e duas pessoas, cem do género feminino e dois do género masculino. Esta discrepância entre os géneros não nos surpreendeu pois esta função de cuidar dos outros ainda está muito associada ao papel da mulher.

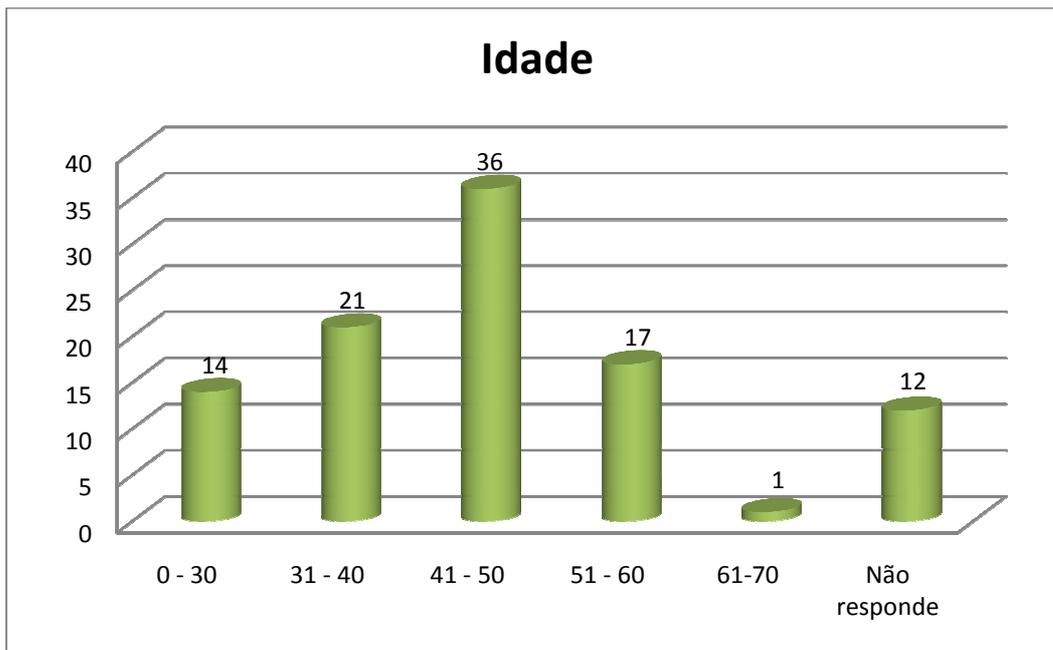


Gráfico 7 - Idade

Como verificamos, a média de idades dos cuidadores centra-se entre os quarenta e um a cinquenta anos. No gráfico sete, verificamos que o número de cuidadores aumenta a partir da idade dos trinta anos. Salientamos que cerca de doze cuidadores não respondem a esta questão

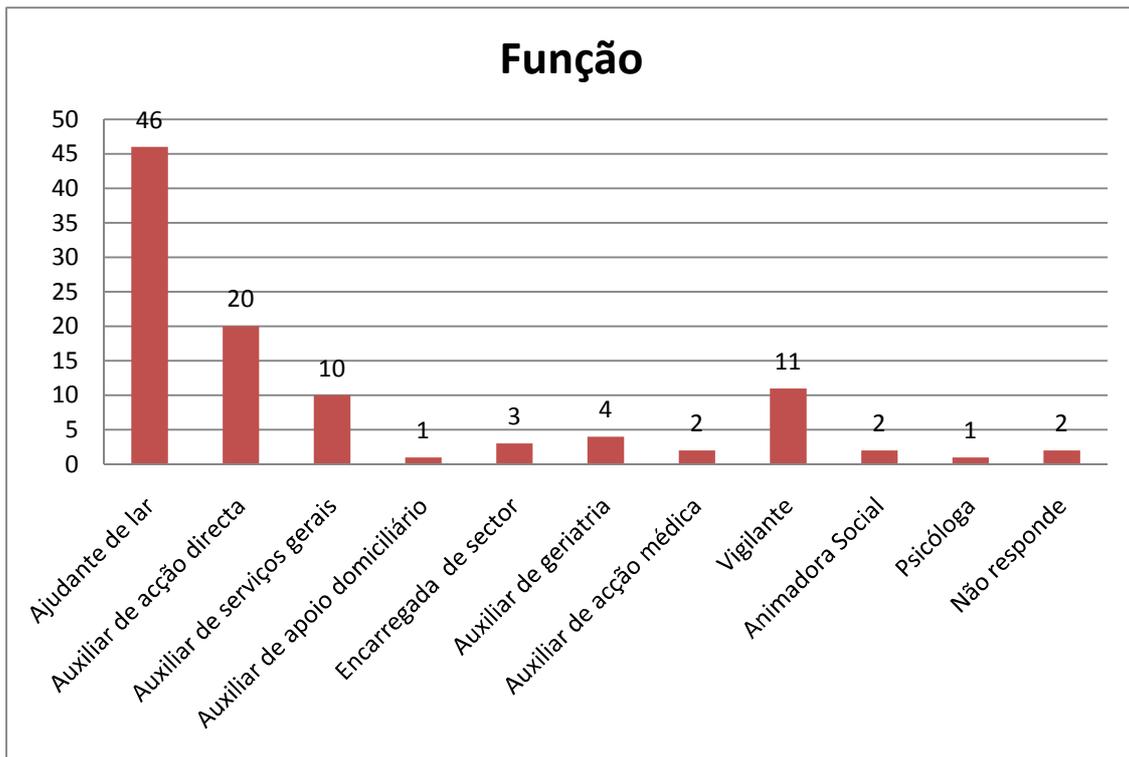


Gráfico 8 - Função

Neste gráfico podemos constatar as variadíssimas categorias que os cuidadores possuem para definir a profissão desde ajudantes de lar (quarenta e seis pessoas) acção directa (vinte pessoas) etc. Destacamos os três técnicos (dois animadores sociais, um psicólogo) que responderam à escala, técnicos que trabalham directamente com os idosos.

5.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos após a recolha das escalas de opiniões e atitudes foram quantificados e analisados por cada afirmação correspondente a cada categoria - chave. Para melhor compreensão e eficácia nos resultados, optamos por fazer o somatório das respostas negativas (discordo totalmente e discordo em parte) e apresentá-las nos quadros com a legenda de (discordo) e as respostas positivas (concordo em parte e concordo totalmente) somamos os resultados e referenciamos nos quadros (concordo). Quanto às respostas Indiferente e Não responde, fizemos o somatório e apresentamos na íntegra.

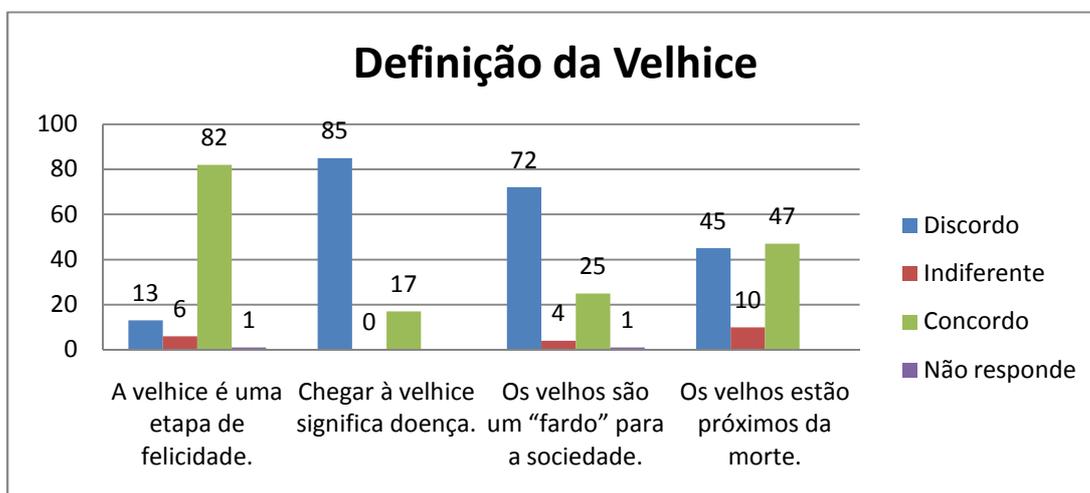


Gráfico 9 - Definição da Velhice

Em relação à categoria "Definição da Velhice" estabelecemos que as quatro primeiras afirmações da escala correspondiam à definição da velhice por parte dos cuidadores formais. As respostas obtidas pelos cuidadores ajudam-nos a compreender e a conhecer qual a atitude, postura dos cuidadores face à velhice. Como refere Fernandes (2000), a forma como a sociedade percebe a velhice reflecte-se no comportamento que o idoso tem de si mesmo. Para além da sociedade, o idoso integrado num lar de idosos tem como referência o cuidador, a pessoa mais próxima diariamente, em quem o idoso confia e que poderá influenciar o comportamento do idoso face à velhice.

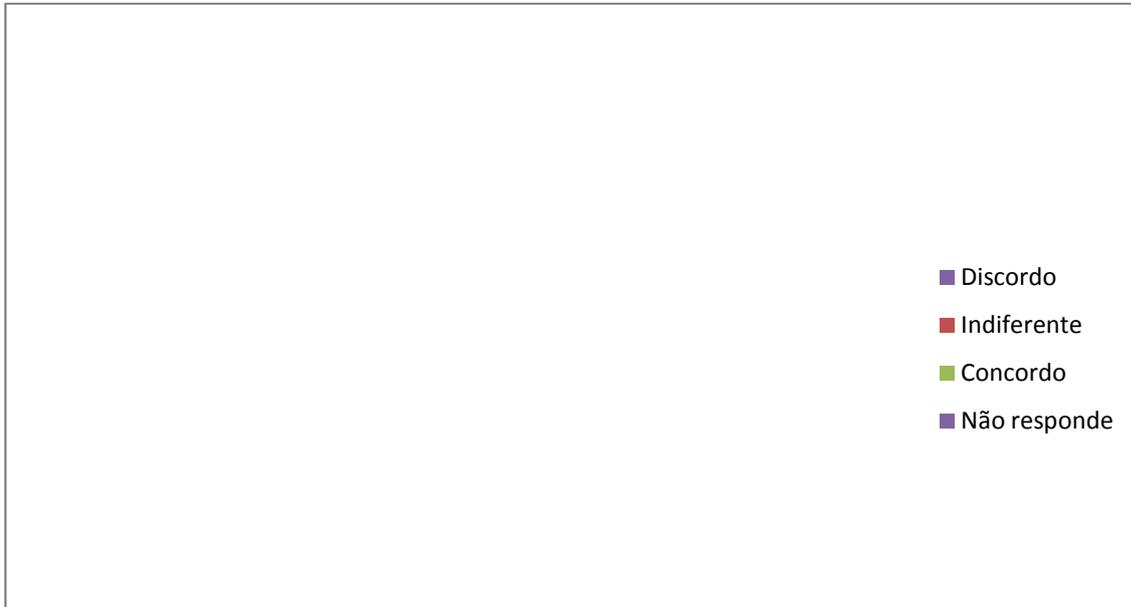
No gráfico nove, verificámos que cerca de oitenta e dois cuidadores concordam que a fase da velhice é especial, é positiva, vêem-na como uma fase de felicidade. A afirmação negativa “Chegar à velhice significa doença” mereceu, por parte dos cuidadores, quase total unanimidade, com cerca de oitenta e cinco respostas discordantes. Assim como para a afirmação “Os velhos são um “fardo” para a sociedade”, cerca de setenta e dois cuidadores afirmam que os idosos não são um peso para a sociedade, ou seja, não os vêem como seres inúteis e incapazes.

Concluimos que os cuidadores que fazem parte da amostra revelam-nos estar em contrariedade com os mitos associados à terceira idade como a doença, a incapacidade, a dependência, o descontentamento vivido nesta fase da vida, referidos na revisão de literatura. Quem trabalha diariamente com idosos consegue ter uma percepção positiva sobre a velhice porque contacta com idosos que vivem esta fase com toda a energia, com objectivos de vida, que transmitem grande sabedoria e experiências de vida, que ficam na memória de quem teve a oportunidade de contactar.

Quanto à afirmação “Os velhos estão próximos da morte” os cuidadores estão divididos, pois o número de opiniões concordantes foi equivalente ao número dos discordantes. Foi nesta afirmação que existiu um número maior de cuidadores que respondem indiferentemente. Esta afirmação não surgiu unanimidade na opinião dos cuidadores. Sabemos que na velhice surgem grandes transformações, mediante factores biológicos, sociais, psicológicos, que variam de pessoa para pessoa e não dependem da idade cronológica. Assim, todos estamos perto da morte independentemente do factor idade. Os cuidadores sentem que o idoso está mais perto da morte porque vivem constantemente esta realidade. A morte é um acontecimento que não é fácil de lidar e deixa sempre marca na vida de um profissional.

Conforme Sousa refere, os profissionais nesta área debatam-se com três dilemas quanto à relação com o idoso: “o primeiro centra-se em cuidar de idosos e encarar a indesejável velhice (...); o segundo centra-se em assistir à perda de capacidades e discernimento por parte do idoso (...); o terceiro incide no tipo de relação a manter com um idoso dependente, (...)” (2006,p.96)

Na realidade, esta actividade de cuidar, requer do profissional uma estabilidade emocional, uma capacidade psíquica muito sólida para que, diariamente, consiga confrontar-se com estes dilemas e porque também está a envelhecer.



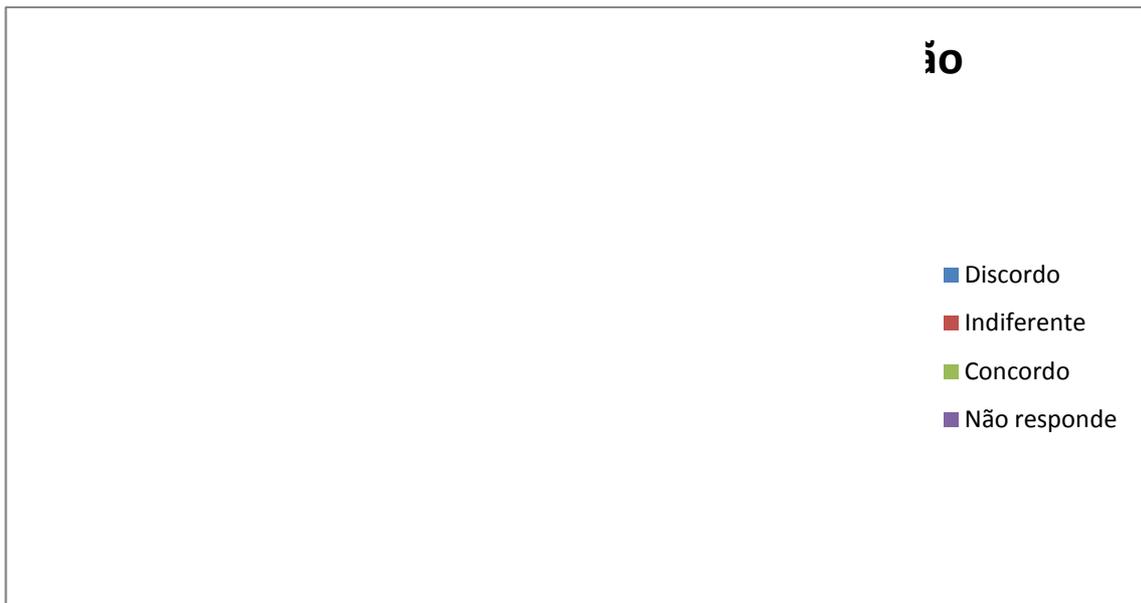
As afirmações relacionadas com a categoria “Vivência da Velhice” na escala situam-se na quinta e sexta posição por ordem sequencial.

Quanto à categoria – “Vivência da velhice” - o gráfico dez mostra-nos que a opinião dos cuidadores formais teve o seu cume de concordância na afirmação “Viver a velhice no seio da família” em que cerca de noventa e oito cuidadores afirmaram que a velhice deve ser vivida no seio da família. Quanto à afirmação “Viver a velhice num lar de idosos”, cerca de dezoito cuidadores foram discordantes à vivência num lar de idosos, a maioria concordou com a afirmação.

Todos os autores mencionados na fundamentação teórica como Sousa, (2006); Fernandes (2000); Pimentel (2001); Cardão (2009) e muitos mais, nos estudos que fizeram e publicaram, concluíram que os idosos residem nos lares quando não possuem outras alternativas e que preferiam residir em casa, junto

da família, pois a vivência em lares agrava o seu estado psíquico e muitas mais razões mencionam. Enquanto outros autores como Neto (2000); Barros (2007) aludem que as vivências nos lares muitas vezes são benéficas para muitos idosos.

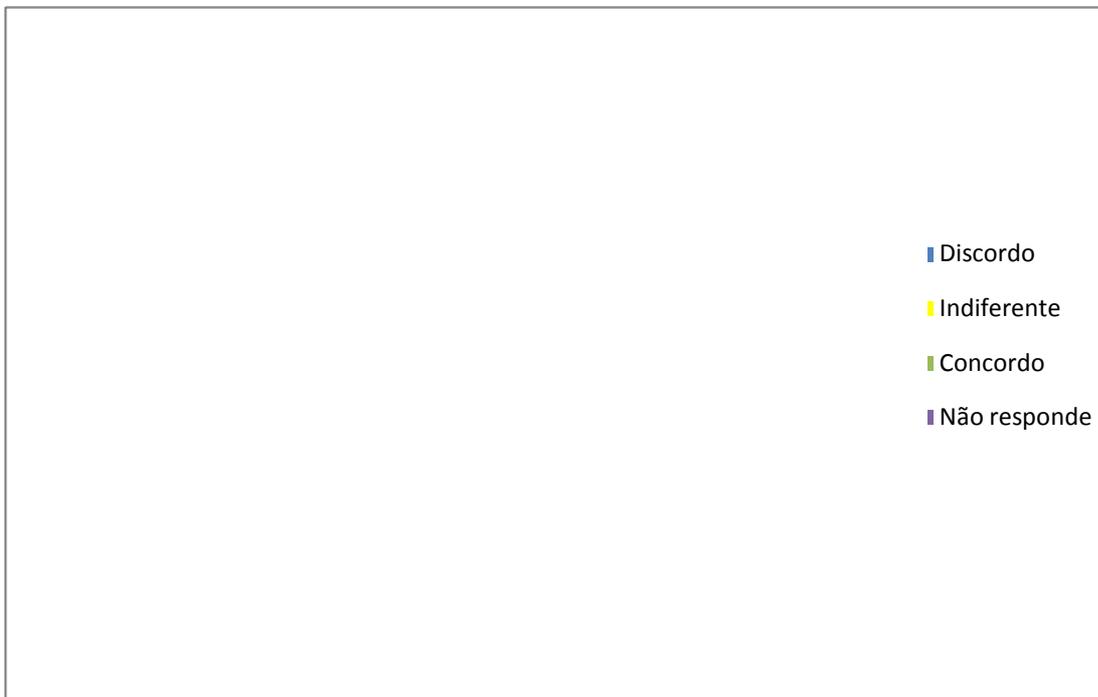
Os cuidadores do nosso estudo foram na, maior parte das vezes, as pessoas mais confidentes dos idosos, conhecem as suas histórias de vida, as razões que os levaram a integrar-se no lar e, sobretudo, sabem os serviços que concernem os lares aos idosos. Estas foram as razões pelas quais os cuidadores defendem que os idosos devem permanecer nas suas casas, juntamente com a família, com a sua rede de vizinhança, onde construiu as suas raízes. No entanto, a afirmação “Viver a velhice num lar de idosos” também mereceu, por parte dos cuidadores, uma resposta favorável, de concordância. Sousa (2006), no seu estudo, conclui que a família ainda tem a preocupação de manter o idoso no seu seio familiar, no entanto, devido às disfunções familiares, como o aumento dos divórcios, das famílias monoparentais, o número de mulheres no mercado de trabalho, o distanciamento geográfico, o aumento da esperança média de vida dos idosos e conseqüentemente a dependência a nível de cuidados básicos e de saúde, levam os familiares à procura de lares. Para além destas situações, a idade dos filhos também avança e surgem dificuldades, incapacidades, falta de competências para actuar em situações de dependência, que requerem apoio vinte e quatro horas. As respostas concordantes nesta afirmação prendem-se com estes factores da indisponibilidade familiar, da falta de competência da família para lidar, do isolamento em que vive o idoso, mas também muitas vezes da negligência, dos maus tratos a que o idoso está sujeito quando reside sozinho.



Na escala aplicada aos cuidadores formais que têm contacto directo, permanente com os idosos institucionalizados definimos a categoria – Razões que levam à institucionalização. Para obtermos conhecimento dos principais motivos que levam um idoso à integração num lar, colocamos três afirmações, na escala de atitudes.

O gráfico número onze é perceptível, cerca de oitenta e oito cuidadores concordaram que os idosos vão para o lar quando não possuem outras alternativas. Quanto a afirmação “Os idosos vão para os lares pressionados pela família”, oitenta e dois cuidadores afirmaram esta realidade e cerca de treze discordam. Centrando-nos nas respostas mais gerais de concordância, e de acordo com os vários estudos (Paúl, 1997) (Pimentel, 2001) sobre as razões que levam os idosos à integração no lar, de facto, os idosos procuram os lares quando não possuem outras alternativas, quando a resposta social do Serviço de Apoio Domiciliário não é suficiente para suprir as necessidades, a situação de dependência agrava-se, as capacidades físicas diminuem para a realização das suas actividades de vida diária. Mas, sobretudo, estas alternativas escasseiam quando a família, se mostra indisponível, ou por falta de recursos, ou por incapacidade para gerir a situação e influenciam, persuadindo o idoso para a resposta lar.

Quanto à afirmação “Os idosos vão para o lar por livre vontade” sessenta e três cuidadores discordam, valores superiores aos trinta e dois concordantes, com esta afirmação. Podemos afirmar que os idosos, hoje, querem a sua independência, não querem incomodar os filhos, compreendem e aceitam que os filhos não têm tempo suficiente para cuidar deles e, de livre vontade, procuram residir num lar. Esta decisão de livre vontade na entrada para o lar é derivado, muitas vezes, da frequência de outras respostas sociais, como os centros de dia, de convívio, que ajudam o idoso a conhecer e a familiarizar-se com as vivências em lar de idosos.



Definimos categoria as “Relações interpessoais / sociais” com duas afirmações para verificarmos se os lares de idosos continuam a potenciar a vida social dos idosos. Na escala de atitudes, as afirmações relacionadas com este tema posicionam-se na décima e décima quinta posição.

Verificámos no gráfico doze que os cuidadores, quanto à afirmação “Após a integração no lar o idoso mantém as suas relações e actividades sociais no exterior”, são unânimes, pois, concordam que os idosos mantêm as

suas relações e actividades no exterior. De facto, estas respostas concordantes com esta afirmação são discrepantes com a revisão de literatura (Sousa, 2006) que nos indica que os idosos quando são integrados em lares, muitas vezes perdem a sua identidade porque o contacto com o exterior é regulado, os seus objectos pessoais são retirados, tudo é calendarizado, num só espaço, para um grupo, ou seja, tudo é realizado internamente.

Em relação à afirmação “Os idosos que residem em lares vivem à margem da sociedade”, as opiniões já são mais divergentes, no entanto, a maioria, cerca de cinquenta e cinco cuidadores, discorda desta afirmação.

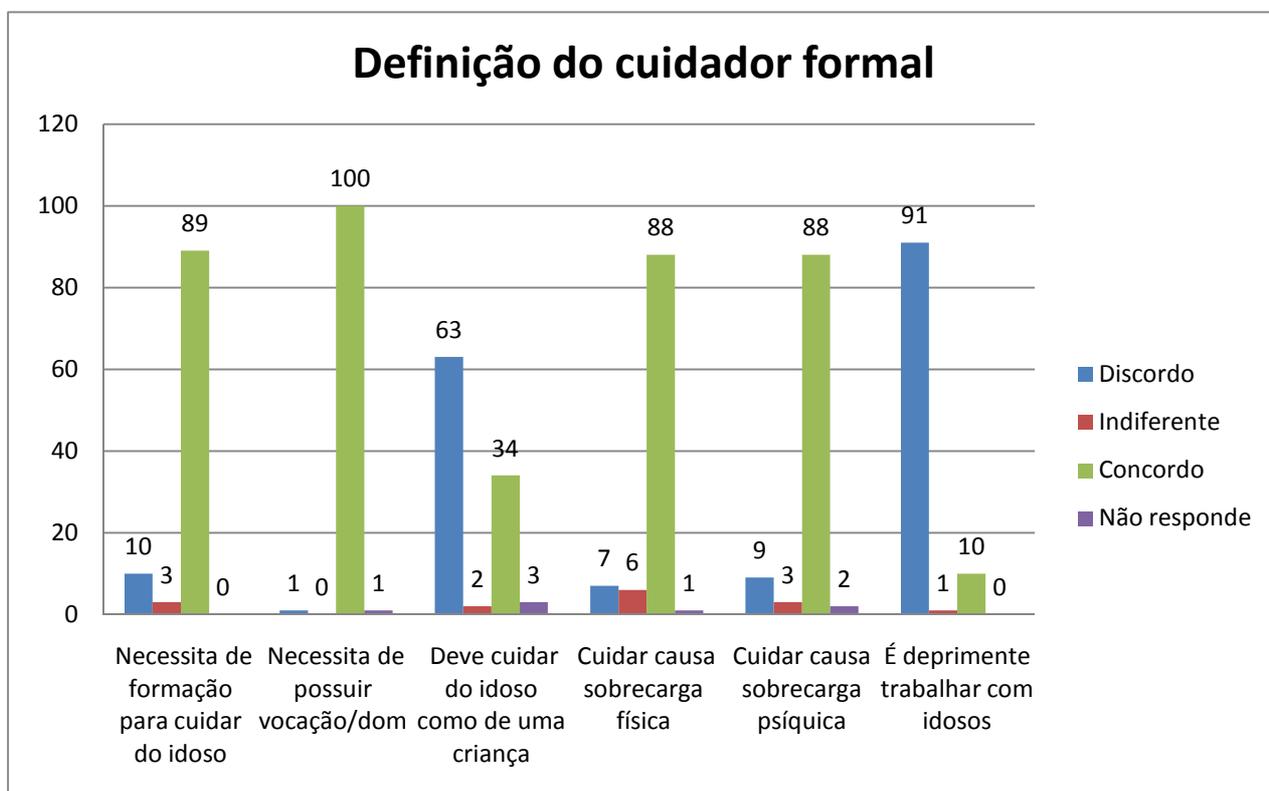


Gráfico 13 - Definição do cuidador formal

O gráfico treze representa a categoria – “A definição do cuidador formal” – uma categoria com seis afirmações, colocadas no final da escala, para traçarmos e conhecermos o perfil de quem cuida do idoso num lar.

Verificámos que os cuidadores, em todas as seis afirmações, são unânimes. De destacar que cerca de cem cuidadores concordaram com afirmação que “O cuidador necessita de possuir vocação/dom para cuidar do idoso”, e na afirmação “Necessita de formação para cuidar do idoso”, os cuidadores concordaram que a formação é indispensável para cuidar do idoso. Os recursos humanos são fundamentais para o sucesso ou insucesso de qualquer empresa. Num lar de idosos, podemos afirmar que os colaboradores são essenciais para o desempenho dos cuidados aos idosos. Na realidade, para além das características pessoais, como a afectividade, a simpatia, a sensibilidade, a disponibilidade, muito mais é preciso para interagir com o outro, a formação técnica na área é fundamental. Na opinião dos cuidadores formais, para cuidar de um idoso, é necessário ambas as vertentes, a vocação e a formação, ou seja, uma não invalida a outra.

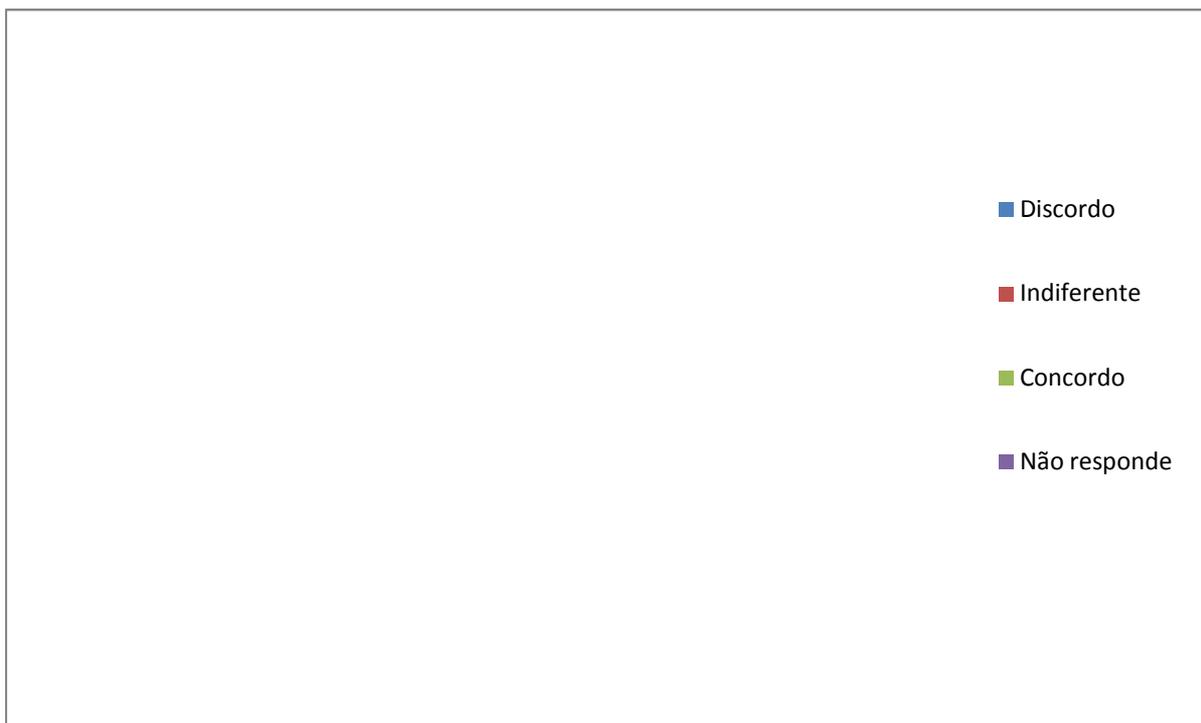
Quanto às afirmações “Cuidar de idosos causa sobrecarga física” e “Cuidar de idosos causa sobrecarga psíquica”, ambas afirmações tiveram a concordância por parte dos cuidadores, embora com uma ligeira acentuação na sobrecarga física. Os estudos que pesquisamos na nossa revisão teórica Sousa (2006); Sequeira (2007) sobre sobrecarga física e /ou psíquica, abordam essencialmente os cuidadores informais. Analisámos que o termo sobrecarga refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos que podem surgir a quem cuida. Os problemas de sobrecarga física e psíquica depois de vários anos a cuidar surgem com alguma frequência, surgem devido a vários factores como a idade do cuidador. Verificámos no gráfico número sete que a média de idades dos cuidadores da amostra situa - se entre os quarenta e os cinquenta anos; outro factor que agrava a saúde do cuidador é situação de dependência, o estado psíquico dos idosos que cuidam, também, a nível da estabilidade das emoções, das relações humanas, que se geram e perdem-se constantemente, são perdas que destroem o ser humano.

Em relação à afirmação “O cuidador deve cuidar de um idoso como de uma criança”, cerca de sessenta e três cuidadores discordaram com esta afirmação e trinta e quatro concordaram. Como refere Pimentel (2001), no seu estudo, cuidar de idosos na fase final da sua vida pode ser semelhante em algumas tarefas como cuidar de uma criança, no entanto, o idoso tem uma

história de vida, com características pessoais, que devem ser valorizadas, respeitadas e tratados com o devido respeito e merecimento. Para tal, é necessária a formação técnica que citamos anteriormente, para que, os cuidadores desempenhem funções adequadas e humanizadas. Mas, como Sousa (2006) afirma, por vezes assistimos a um paternalismo excessivo por parte dos cuidadores, não respeitando a autonomia, as decisões, gerindo a vida dos idosos.

Por último, a afirmação – “É deprimente trabalhar com idosos” um número significativo de noventa e um cuidadores discordaram com esta afirmação. Os cuidadores concordaram que cuidar de idosos causa repercussões a níveis físicos e psíquicos mas tudo é superado com o enriquecimento pessoal e profissional, que adquirimos com a vivência diária com os idosos.

Sequeira (2007), no estudo que desenvolveu, conclui que cuidar de alguém pode ser uma satisfação, que acarreta repercussões positivas, como um aumento do bem-estar psicológico, pode proporcionar sentimentos de amor, de afectividade, pode ser um fio condutor da sua própria vida.



Definimos para esta categoria quatro afirmações que ocupam na escala de opiniões as posições décima segunda até á décima quarta.

Nesta categoria “Ocupação do tempo” obtivemos respostas dos cuidadores a afirmações como “Os idosos que residem em lares são inactivos /passivos” nesta afirmação os resultados demonstram uma discordância superior com a afirmação. Na afirmação “A passividade torna-os dependentes” as opiniões foram unânimes em concordância, assim, como na afirmação “É importante que o idoso ocupe o tempo” teve o pico de concordância pelos cento e dois cuidadores formais.

Quanto à afirmação “É importante que o idoso trace o seu plano individual” as opiniões dos cuidadores foram concordantes. Verificamos que esta categoria – ocupação do tempo, na opinião dos cuidadores formais, é muito importante e relevante para o idoso.

Os cuidadores estão motivados e compreendem que é essencial para o idoso a ocupação do tempo, no entanto, constatamos que muitos dos idosos chegam a esta fase da vida e resignam-se a participar em actividades de animação, adoptando atitudes de passividade face às actividades propostas pelo lar. Pimentel (2001) afirma que os idosos têm este comportamento de inactividade porque não sentem que são responsáveis e os dinamizadores das actividades. Com a preocupação de todos os intervenientes (idoso, colaboradores) na construção do Plano Individual com o objectivo de traçar as necessidades, os interesses, os objectivos, as metas atingir, concerteza, que as actividades de animação começam a ser de acordo com as expectativas do idoso.

CAPÍTULO 6 - ANÁLISE E VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Hipótese básica - Alguns lares não reúnem as condições necessárias para um o envelhecimento bem sucedido

No primeiro estudo realizado, cuja amostra foi composta por 18 idosos residentes em 3 lares de idosos distintos, realçamos que a amostra foi composta essencialmente por mulheres, a maioria de estatuto social e poder económico baixo, com habilitações académicas iguais ou inferiores ao ensino básico, tiveram profissões ligadas à agricultura e vida doméstica, ou seja, idosos que ao longo da vida, nem sempre obtiveram a satisfação das suas necessidades básicas. Verificámos nestes idosos com estas características que a integração no lar resolveu os seus problemas, as suas necessidades básicas, como pudemos constatar no quadro 3 – institucionalização - motivos da integração. No entanto, reparámos que estes idosos não se encontravam totalmente satisfeitos com os serviços prestados pelos lares, conforme analisámos no quadro 5 – opinião em relação aos serviços prestados pelos lares). Esta insatisfação relativamente aos serviços, ao funcionamento, às actividades prestadas pelos lares, ainda foi mais evidente nos idosos de classes superiores, com habilitações académicas acima do ensino básico. Estes idosos quando entraram para os lares, os seus objectivos não se reduziam simplesmente à realização das suas necessidades básicas, mas para satisfazer os projectos e objectivos de vida que delinearam, ou seja, possuírem um envelhecimento bem-sucedido.

Conforme a literatura bibliográfica pesquisada, um envelhecimento para ser bem-sucedido deriva de vários factores intrínsecos e extrínsecos do idoso.

Quando um idoso integra-se num lar de idosos é necessário conhece-lo tendo em conta, os factores intrínsecos: a autonomia que possui, o poder de decisão, a forma como encara a velhice, como gere as perdas, a satisfação e a realização com a vida que teve, e factores extrínsecos: o meio e ambiente em que viveu, o estatuto social, o relacionamento familiar e social. Todos estes são factores que influenciam e condicionam a fase da velhice.

Quando referimos na Hipótese Básica que alguns lares não reúnem as condições necessárias para um envelhecimento bem-sucedido, pudemos

afirmar que estes três lares não possuíam algumas dessas condições. Pois, estes lares ofereciam e proporcionavam os mesmos serviços (alojamento, cuidados pessoais, de imagem e de saúde, actividades de ocupação) de igual forma para todos os idosos, independentemente, das necessidades e expectativas do idoso.

Verificámos, que estes lares não consideravam a individualidade de cada idoso, as suas expectativas, os seus projectos de vida, não proporcionavam actividades de ocupação, conforme os gostos e desejos dos idosos, constatámos sim que, as actividades eram idênticas para todos os idosos e em todos os lares, conforme quadro 2.1 – Ocupação do tempo - actividades no lar.

Nenhum idoso do estudo pronunciou que dinamizava ou tomava decisões em relação à vida da instituição, tudo lhe era imposto, não existia envolvimento do idoso, nos projectos, na dinâmica da instituição. Um envelhecimento bem-sucedido pressupõe a interacção, a continuação do apoio familiar, da rede de amigos, dos vizinhos, realidades transmitidas pelos idosos do estudo com sentimentos de perda, de saudades, referindo-se essencialmente aos amigos e vizinhos.

Destacamos que no segundo estudo que elaborámos, cuja amostra era composta por 102 cuidadores formais pertencentes a cinco lares de idosos, só obtivemos respostas às escalas de dois técnicos com formação a nível superior, na área social. Esta constatação é sentida em muitos lares de idosos, a falta de recursos humanos especializados em diversas áreas como a gerontologia, a geriatria, a psicologia, etc... Da experiência profissional que temos, da investigação que fizemos, concluímos que os quadros técnicos nas instituições são muitos reduzidos e só com a multidisciplinaridade de técnicos é que podemos alcançar os objectivos, satisfazer as necessidades dos idosos, estimular e recriar actividades, proporcionar-lhes qualidade de vida, ou seja, um envelhecimento bem-sucedido.

Hipótese 1 – Os idosos procuram a resposta social lar de idosos, quando não possuem outras alternativas.

Esta hipótese foi confirmada pelos dois estudos que realizamos.

No primeiro estudo, pudemos verificar, no quadro 3 – motivos da integração, que os idosos optaram pelo lar, ou melhor, alguns foram coagidos pela família e quando pelas diversas razões apresentadas não conseguiram obter soluções para as satisfazer. Alguns idosos, antes da entrada no lar procuraram outras soluções, para puderem continuar no seio da família, como a resposta do serviço de apoio domiciliário, os centros de convívio, centros de dia, prestadores de serviços no domicílio, averiguamos, que são as soluções preferidas pelos idosos, e só quando, estas respostas não foram suficientes, o lar surge como alternativa.

Os idosos apresentaram mais que um motivo para a integração, mesmo, quando referiram que foi por opção de escolha, associaram mais razões.

A decisão pela integração no lar foi uma situação vivida como muito receio, surgiram muitas dúvidas, complicações, mas, concluímos que os idosos que já frequentavam o centro de dia, conviviam com os idosos do lar, a decisão de residir no lar surgiu mais rápido como alternativa.

No segundo estudo, esta hipótese foi claramente validada pela amostra, como verificámos no gráfico 11 – Razões que levam à institucionalização, a afirmação relativa à hipótese, teve o cume de concordância, por parte, dos cuidadores formais.

Hipótese 2 - Os lares de idosos não desenvolvem programas de acolhimento, integração e lazer nos quais os idosos sejam o centro de toda a actuação, respeitando a individualidade de cada pessoa.

Quanto aos lares de idosos não desenvolverem programas de acolhimento, integração, este facto confirmou-se no primeiro estudo que efectuamos, conforme o quadro 3.1 e 3.2 – Institucionalização – momentos

significativos positivos / negativos, verificámos que os idosos não referiram nenhum momento especial de integração, os sentimentos de tristeza, de desilusão, de inadaptação, sobressaltaram nas respostas, para alguns idosos, este momento foi diligenciado por familiares e directores da instituição e não contaram com a sua presença. Perante esta situação, os lares ao não preparem a chegada de um novo idoso, em nada contribuíram, para que, a integração fosse vivida pelo idoso, de uma forma mais acolhedora e confortável.

Em relação, aos programas de lazer, na realidade os lares realizavam actividades socioculturais, como apurámos nas respostas dos idosos, no quadro 2.1, que pronunciam uma panóplia de actividades. No entanto, estas actividades de lazer não foram ao encontro das actividades que os idosos já realizavam antes da entrada para o lar. As actividades proferidas pelos idosos, dos diferentes lares foram semelhantes ou mesmo iguais, o que nos leva a concluir que os lares têm a preocupação em realizar actividades de ocupação, mas, não têm em atenção, os gostos e aspirações de cada idoso.

No segundo estudo, o gráfico 14 – Ocupação do tempo, os cuidadores foram unânimes nas respostas às afirmações, a concordância dos cuidadores face à importância da ocupação do tempo, à elaboração de um plano individual para cada idoso.

Hipótese 3 - Os idosos interiorizam que a vivência no lar como o último local onde permanecem até aos fins da sua vida

No primeiro estudo por nós realizado esta hipótese foi confirmada, quando questionamos os idosos face às expectativas em relação ao lar (quadro 5.1). Nesta questão, obtivemos por parte dos idosos respostas concisas, pronunciadas com timbres de voz melancólicos, como, nada esperavam, a não ser a morte, não possuíam desejos, nem esperanças, e mesmo insatisfeitos com os serviços dos lares, não tinham a força necessária para procurarem outra alternativa.

Hipótese 4 - Com o passar do tempo a vivência comum pode gerar modos, posturas semelhantes, que podem diminuir a autonomia dos idosos

Dado os idosos partilharem os mesmos espaços, usufruírem dos mesmos serviços, vivenciarem situações idênticas, resolver os problemas usando muitas vezes as mesmas estratégias dos outros, faz com que possuam comportamentos e atitudes semelhantes.

Na primeira investigação, obtivemos respostas dos idosos, que nos corroboram a hipótese e queremos ressaltar que entrevistámos idosos autónomos, nas suas capacidades mentais, que revelaram ter atitudes de dependência face aos cuidadores e colegas. Afirmaram, que queriam que os cuidadores fizessem todas as actividades, a que têm direito, esta situação devesse a sentimentos de ciúmes e da atenção prestada por parte, dos cuidadores. Constatámos, que existiam relações de amizade muito próximas, facto muito positivo, mas, que geravam atitudes iguais e uma dependência na resolução, na decisão das situações, conforme quadro 4 e 4.1- Relacionamento interpessoal com cuidadores e com colegas residentes.

Para além, da convivência entre idosos, as regras instaladas nos lares, também, contribuíram para que os idosos assumissem posturas semelhantes e diminuísse a sua autonomia, como por exemplo, a gestão do dinheiro, ser da responsabilidade do lar, outro exemplo, é a toma da medicação ser administrada pelo cuidador.

Estes comportamentos semelhantes assumidos pelos idosos, muitas vezes, prejudicam o próprio idoso, que ao fim de determinado tempo, não consegue e por vezes não quer agir sozinho, tornando-se dependente dos outros, para a realização das suas actividades.

Hipótese 5 - Os idosos institucionalizados são segregados em relação ao meio em que vivem

Pudemos verificar que a maior parte dos idosos foram integrados nos lares onde encontraram uma vaga, em lares que nunca entraram e nada conheciam, factores que proporcionaram um afastamento do meio envolvente em que viviam. Para além, destes factores, no quadro 2.2 – Actividades ao exterior, deparámo-nos que a maior parte dos idosos, que fizeram parte da

amostra, não saem da instituição, só em actividades promovidas pelo lar, ou com a família.

Para além destas realidades, os idosos questionados sobre a ocupação do tempo – quadro 2.1, não referiram actividades sociais, culturais ou desportivas no exterior, na comunidade, nem a participação da comunidade em actividades no interior do lar.

No segundo estudo, cuja amostra foi composta pelos cuidadores formais, esta hipótese não se verificou, pois conforme o gráfico 12 – Relações interpessoais / sociais, a afirmação correspondente à hipótese foi contradita pelos cuidadores. Na opinião dos cuidadores, os idosos mantêm as suas relações interpessoais e sociais na comunidade.

Hipótese 6 - A intervenção dos cuidadores formais é determinante no modo como o idoso percepção a velhice

Os cuidadores formais foram determinantes nas vivências dos idosos nos lares, a intervenção, o desempenho, a atitude face à velhice, por parte, dos cuidadores condicionou positivamente ou negativamente o envelhecimento bem-sucedido.

No primeiro estudo verificámos que os idosos possuíam uma atitude de submissão face aos cuidadores, ou seja, eles valorizavam e reconheciam que os cuidadores são imprescindíveis no dia-a-dia do lar. A relação estabelecida entre idoso e cuidador não é tanto uma relação de afectividade, mas, mais de cariz técnico.

Constatámos, que os cuidadores não respeitavam a autonomia, não encorajavam, para que, o idoso fizesse por si próprio, assumiram a função e faziam de igual forma para todos.

Outro facto observado e pronunciado pelos idosos que confirmou a hipótese por nós argumentada é a valorização, o reconhecimento, o elogio, que os cuidadores nas diversas situações fizeram aos idosos, proporcionando-lhes bem-estar e elevada auto-estima.

No segundo estudo, verificámos que os cuidadores representativos da amostra por nós estudada, assumiram atitudes positivas face à velhice, conforme o gráfico 9, comportamentos que na prática contribuíram para o idoso percepcionar a velhice de uma forma bem-sucedida. Realçamos, que grande parte dos cuidadores responderem às afirmações da escala, de uma forma equitativa, o que nos leva a concluir que o papel do cuidador formal está bem definido, os cuidadores possuíam conhecimentos e /ou experiência na área.

Nas análises aos dois estudos verificámos que existe contrariedade, com o que cuidadores executavam na prática, e como responderem na escala de opiniões. No primeiro estudo, alguns idosos referiram que necessitavam de todos os serviços prestados pelos cuidadores, independentemente do seu grau de autonomia e que os cuidadores cediam aos seus pedidos. No entanto, no segundo estudo, os cuidadores foram uníssonos em relação à afirmação no gráfico 14 – Ocupação do tempo que a passividade torna os idosos dependentes. Pudemos afirmar que os cuidadores formais sabiam bem o papel que tinham de desempenhar com os idosos, mas as práticas que os lares desenvolviam não permitiam actuar de forma individualizada. (Cardão, 2009)

Concluimos que por vezes é mais fácil e agradável chegar a todos os idosos de uma forma mais prática e rápida do que educar para uma integração participada de acordo com as características de cada idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo que realizamos foi nosso objectivo conhecer a realidade da integração, das vivências e percursos dos idosos nos lares de idosos.

Dado o aumento da esperança média de vida, do avanço da ciência e medicina e de muitos mais factores, o número de idosos é cada vez maior e a sociedade não pode ignorar esta realidade. Nos últimos anos, temos assistido a projectos destinados a idosos, a leis de protecção para idosos, a oportunidades e melhorias a nível de equipamentos, respostas sociais e melhor qualidade de vida para os idosos. Contudo, ao realizarmos esta investigação, concluímos que os idosos não são escutados, nem atendidos de uma forma adequada à sua realidade. Verificámos nos discursos da maior parte dos idosos uma satisfação com os serviços prestados pelos lares, mas um descontentamento com as vivências no lar.

Pelo facto da amostra do estudo dos idosos ser reduzida e tão heterogénea a nível sócio demográfico, não podemos chegar a conclusões generalizadas, mas conseguimos atingir os nossos objectivos e responder às interrogações inicialmente colocadas.

Verificámos que os idosos entrevistados apresentaram mais do que uma razão para procurarem os lares, a mais pronunciada foi a pressão por parte dos familiares, em seguida a saúde, sendo que a opção lar apresenta-se como um dos últimos recursos.

Os factores habilitações académicas e estatuto social demonstraram ser fulcrais na tendência das respostas. Enquanto, os idosos com habilitações literárias inferiores ao ensino básico, com poder económico baixo, procuraram os lares para a satisfação das suas necessidades básicas como: os cuidados de saúde, o alojamento e afirmam estarem satisfeitos com os serviços prestados pelos lares, os idosos mais letrados, procuraram os lares porque receavam o futuro, para concretizar projectos de vida e fizeram uma análise mais crítica, revelando uma insatisfação com os serviços oferecidos pelos lares. Alguns idosos com poder económico mais alto mostraram arrependimento pela opção que tomaram.

Contudo, idosos satisfeitos ou menos satisfeitos com a integração no lar, todos foram unânimes na resposta, afirmando que preferiam permanecer nas suas casas mas, uma grande parte considerou que foi a opção certa integrarem-se num lar, devido às diversas situações (indisponibilidade da família, doença, solidão) e afirmaram que neste momento fariam o mesmo.

Apesar de nos termos deparado com idosos que apresentavam um estado de insatisfação para com o lar onde residem, estes nada fazem para reverter esta situação. Em alguns casos porque não têm meios financeiros nem conhecimentos de outros lares para experimentarem novos serviços. Contudo, muitos idosos também se acomodaram ao lar e à rotina do dia-a-dia.

Os idosos referiram que, o momento da integração é bastante complicado, devido ao sentimento de perda e saudade: da sua casa, da rede de amigos e vizinhos, das actividades de ocupação que desenvolviam; e, a relação com os amigos residentes não é suficiente para colmatar estas perdas, pelo contrário, verificámos muitos conflitos nas relações derivadas da partilha dos espaços em comum, como por exemplo o quarto de dormir.

Habitualmente, ouvimos a sociedade afirmar que as famílias colocam os idosos nos lares e não os visitam. Esta situação não é verificada no nosso estudo, a maior parte dos idosos têm familiares que os visitam, não tanto, como eles gostariam, mas, os idosos justificam sempre estas ausências da família.

Quanto às actividades de ocupação dinamizadas pelos três lares os idosos pronunciaram actividades semelhantes e nenhum idoso referiu a continuação das actividades que realizava antes da entrada para o lar. Mas, também reconhecem que aprenderam outras actividades, descobriram novas aprendizagens.

Os idosos que entrevistámos integraram-se nos lares pelos diversos motivos sentiram muitas perdas físicas (casa) perdas relacionais (amigos, vizinhos), a fase de integração foi uma mudança de vida complicada, as vivências com os familiares nalguns casos tornou-se mais distante, com os outros residentes registam-se muitos conflitos e para com os cuidadores formais há um sentimento de respeito e valorização pelo serviço que prestam.

Mas ao mesmo tempo sentem uma satisfação e uma alegria porque diariamente no lar, têm o apoio, cuidados de imagem, de saúde, de companhia, de alojamento, que fazem ultrapassar as vivências negativas.

Quando questionados sobre a satisfação dos serviços e pela permanência no lar de idosos, a grande parte dos idosos mostrou-se estar satisfeita, uma vez que os serviços vão de encontro às suas necessidades básicas e que como tal, escolheram a opção certa.

A adaptação do idoso ao lar não depende exclusivamente só de si, mas também, de todas as condições oferecidas pelos lares. Reparámos que os idosos quando questionados sobre o momento da integração, referiram sentimentos de desilusão com a estrutura física dos lares, sentiram-se mais dependentes, deixaram de gerir o seu próprio dinheiro, deixaram de fazer as suas actividades instrumentais da vida quotidiana, como ir às compras. Estes sentimentos de apatia, de dependência face ao lar não contribuíram para que o idoso após a integração mantivesse as suas relações e actividades no exterior.

Nenhum idoso refere o momento de acolhimento por parte do lar como uma situação positiva, pelo contrário, os idosos tiveram que se adaptar às rotinas e normas dos lares e não os lares às suas necessidades, para que estes continuassem a terem condições favoráveis para um envelhecimento bem sucedido. Quando enunciamos “condições” não nos cingimos só aos recursos materiais, mas principalmente, aos recursos humanos, que trabalham directamente com os idosos e que são fundamentais em toda as vivências dos idosos em lares.

Para tal, desenvolvemos o estudo dos lares para complementar a nossa investigação sobre as vivências dos idosos em lares, cuja amostra foram os cuidadores formais. A amostra foi composta por mulheres, facto que não nos admirou pois a profissão de cuidador ainda esta muito associada ao papel da mulher nesta área da geriatria.

Quanto aos cuidadores formais ao avaliarmos as respostas, concluímos que têm a sua função bem definida, que têm conhecimentos sobre a fase da velhice e reconhecem que necessitam de possuir vocação, mas também de formação para cuidar dos idosos.

Os cuidadores formais são de opinião que os idosos devem viver a velhice no seio da família, situação que nos revelou alguma inquietação, pois foi um resultado que nos surpreendeu, quando estamos a inquirir cuidadores que desempenham funções em lares de idosos.

Em relação à ocupação do tempo os cuidadores formais afirmaram o quanto é importante as actividades de ocupação para o idoso. Os cuidadores formais diariamente são os impulsionadores para a prática das actividades e verificámos nos discursos dos idosos, a importância que eles dão quando são valorizados e reconhecidos pelos cuidadores.

O nosso estudo de caso não permitiu fazer generalizações, mas permitiu-nos concluir que, assim, como a aceitação da fase da velhice depende de vários factores como: o estatuto social, o poder económico, profissão que exerceu, as relações interpessoais, também, a integração de um idoso no lar deriva de factores pessoais e situacionais que contribuem ou não para adaptação ao lar.

Assim, em resposta à questão de partida, concluímos que a integração da pessoa idosa no lar depende de vários factores mas, sobretudo, das características intrínsecas de cada idoso e das dinâmicas de actuação por parte dos cuidadores formais nos lares. O tema do nosso estudo - **vivências em lares de idosos: diversidade de percursos**, corresponde exactamente às nossas conclusões, ou seja, os lares oferecem serviços idênticos para todos os idosos, mas cada idoso vive, usufrui, sente e envelhece de diversas formas. Se para alguns idosos a integração nos lares é sentida como perda e acelera o seu envelhecimento, para outros a integração trouxe ganhos e rejuvenescimento que não possuíam.

Esperamos que as conclusões da nossa investigação sejam uma porta aberta para novas investigações. Acreditamos, que o presente estudo seja um benefício e uma consciencialização para os cuidadores e responsáveis pelos lares de idosos para que, quando receberem um idoso o saibam acolher, integrar no lar e no meio envolvente, respeitando e valorizando sempre as suas necessidades, as suas motivações, e a sua autonomia.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares*. 3ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Annan, K. (2002). Uma Sociedade para Todos. Conferência de Abertura da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid, Espanha, 8-12 de Abril 2002., pelo Secretário-Geral da ONU Kofi Annan. In: *Organização das Nações Unidas – ONU*. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/sq.htm>.
- Azeredo, Z. (2002). O idoso no mundo do trabalho. In D. d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 177-180). Porto: Universidade Portucalense.
- Bandura, A.; Azzi, R. G.; Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: ArtMed
- Barros, J.(2005). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso*. 2ª Ed. Porto: Legis Editora.
- Barros, J.(2008). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Braithwaite, V. (1992). *Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant*, *Research on aging*, 14 (1), 3-27
- Cardão, S. (2009). *O idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler
- Cárter, B., & Mcgoldrick, M. (1995). *As mudanças do ciclo de vida familiar*. POA: Artes Médicas.
- Carvalho, A. D. (2002). Dilemas das Representações Contemporâneas da Velhice. In D. d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 7-9). Porto: Universidade Portucalense.

Carvalho, A. D. & Baptista, I. (2004). *Educação Social – fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cordeiro, J.D. (1982). *A saúde mental e a vida: Pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Moraes Editores.

Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra

Correia, J. M. (2003). *Introdução á Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta

Custódio, C. M. (Maio de 2008). Representações e Vivências da sexualidade no idoso institucionalizado. (*Dissertação de Mestrado*) . Lisboa: Universidade Aberta.

Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontologica*. 3ª edição Porto Alegre. Artmed Editora

Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: Norton

Fairman, S. C. (2006). *El Amor a los 70*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.

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

Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade católica

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

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Giddens, A. (2000). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Grave, R. M. (2008). Satisfação com a vida e materialismo: idosos e idosas pobres a viver sós. (*Dissertação de Mestrado*) . Aveiro.
- Homs, I. P. (2004). *Pedagogia Museística. Nuevas perspectivas y tendencias actuales*. Barcelona: Ariel.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra. Edição Formasau – Formação e Saúde.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: Actividades*. Porto: Âmbar.
- Jacob, M. (2004). *Geriatría em Comprimidos*. Rio de Janeiro: Editora José Olympio
- Leif, J. (1992). *Tiempo libre y tiempo para uno mismo*. Narcea, Madrid.
- Leyens, J. P. (2008). *Psicologia Social*. Vincent Yzerbyt Editora: Edições 70
- Levet, M. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget
- Lima, M. (2006). *Posso participar? Actividades de desenvolvimento para idosos*. 2ª edição Porto. Âmbar
- Lima, N. (2010). Como Rejuvenescer a Mente. In: *Idade Maior: Saber Viver*. Disponível em: <http://www.idademaior.iol.pt/bem-estar/ginastica-mental/como-rejuvenescer-a-mente/>, consultado em 12 de Julho de 2010.
- Martins, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento – Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus editora
- Neri, A.L. (2001). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alinea.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Volume II, Lisboa: universidade Aberta.

- Olievenstein, C. (2000). *A Arte de envelhecer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Idoso - temas complementares*. Livpsic: Legis editora
- Palmeirão, C. M. (2002). Derrubar para Mudar. In D. d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 35-46). Porto: Universidade Portucalense.
- Pardal, L. Correia, E. (1999) *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores
- Paúl, C. M. (1997). *Lá para o fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina
- Paúl, C. Fonseca, A.M, (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editora
- Paúl, C. (2002). Bem-Estar e satisfação de vida em idosos. In D. d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 29-33). Porto: Universidade Portucalense.
- Paúl, C. Fonseca, A.M, (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi
- Paúl, C.M. (2009). Lares Acentuam Declínio dos Idosos. *Semanário Expresso* Disponível em: <http://aeiou.expresso.pt/gen.pl?p=print&op=view&fokey=ex.stories/543877&sid=ex.sections/23412>, consultado em 12 de Julho de 2010.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família*. Quarteto
- Quivy, R. e Campenhoudt, (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa. Gradiva.
- Requejo Osório, A. (1997). *Animación sociocultural en la tercera edad*. in Trilla, J. *La animación sociocultural*. Barcelona, Ariel pp. 255-268
- Requejo Osório, A. & Pinto, F. C. (Coords.) (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Rovira, J. P.; TRILLA, J. (2000) – *La Pedagogia del Ocio*. Barcelona: Laertes S. A. Ediciones.

Santos, F., Encarnação F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Edições CRSS do Algarve. Faro

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Edição Quarteto

Serapioni, M. (s.d.). Métodos Qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. pp. 187-192.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: um novo público a educar*. Porto: Âmbar.

Sousa, L. & Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª edição. Porto: Âmbar.

Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores

Trilla, J. (2004). *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Edição Instituto Piaget

Veríssimo, M. T. (1999). *Exercício Físico nos Idosos*. In Maria Paula Cordeiro et al, *O Idoso: Problemas e Realidades*. (pp 120 -121) Coimbra: Formasau

Vitta, A. (2001). *Actividade Física e Bem-estar na velhice* In: Neri, A. L.; Freire, S. (Org). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papyrus.P.81-89.

Zimmerman, G.I.(2005). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A..

REVISTAS

Almeida, L.M. (1999). Crenças dos Enfermeiros Acerca do Envelhecimento Humano. *Revista Referência*, nº3, pp.7-14.

Barbosa, L. (Dezembro de 2004). Viver a Vida em todas as idades e em todas as circunstâncias. *Pretextos - Segurança Social*, nº17, pp. 10-11.

Cónim, C. (Dezembro de 2005). Envelhecimento Demográfico e Activo. *Pretextos - Segurança Social*, nº20, pp. 18-19.

Diniz, J. A. (Dezembro de 2004). A Saúde e o Envelhecimento. *Pretextos - Segurança Social*, nº 17, pp. 6-7.

Direcção-geral da Segurança Social, da Família e da Criança. (Dezembro 2004). Envelhecimento activo: uma oportunidade e um desafio. *Pretextos – Segurança Social*, nº 17, pp.4-5.

Duarte, M., & Paúl, C. (Maio de 2006). Avaliação do ambiente institucional - publico e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia* , pp. 12-20.

Fernandes, A. T. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. In *Revista da Faculdade de Letras*. Sociologia, Porto, I Série, vol. 15, pp. 223-248.

Guimarães, L. (Dezembro de 2005). Demografia e sustentabilidade do sistema da Segurança Social. *Pretextos - Segurança Social*, nº20, pp. 6-7.

Lopes, A., Pereira, S., & Esperto, S. (Março de 2004). O papel da família na população idosa e na população com deficiência. *Pretextos - Segurança Social*, nº15, pp. 16-17.

Martins, R. M. (Fevereiro de 2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Revista Millenium* , pp. 126-138.

Paúl, C. M. (Dezembro de 2005). Os idosos no futuro. *Pretextos - Segurança Social*, nº20 pp. 16-17.

SITES

<http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2007.pdf>

<http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.15>

<http://projectotio.net/>

<http://www.unifai.eu/>

http://www.socialgest.pt/cgi-bin/bo/viewnews.cgi?id=EkEyyVulupLisRzeDC&style=noticia_completa&tpl=conteudos

<http://www.psicologia.com.pt/areas/subarea.php?cod=d4D>

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=15881&m=PDF

<http://www.ipv.pt/millenium/>

<http://www.rcaap.pt/results.jsp>

<http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi/?naction=4&mn=EkpFuVZAKIFeXUrcDL>

<http://www.psicogeriatria-hmlemos.net/?envelhecer-com-saude&cod=72>

ANEXOS

ANEXO 1

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DA PESSOA IDOSA INTEGRADA NUM LAR DE IDOSOS

Identificação

Nome (facultativo):

Data de nascimento:

Estado civil

Natural

Habilitações Académicas:

Profissão que exerceu:

Idade que ficou reformado:

Quais os motivos que o levaram a reformar-se? (limite de idade, problemas de saúde, falta de trabalho, livre vontade...)

Tem problemas de saúde? Quais? Foram diagnosticados antes ou depois de vir para o lar?

Situação Familiar

Tem filhos ? Quantos? Idade do mais velho e do mais novo? As profissões dos filhos? Estado civil dos filhos?

Tem Netos? Quantos? Sabe a idade dos netos?

Os seus filhos costumam visitá-lo? Se sim, quando foi a última vez que vieram visita-lo? E os netos também vêm visitar? Quem são as visitas que recebe normalmente? (Filhos, Noras, genros, netos, irmãos, amigos vizinhos..)

Costuma visitar a sua família? Se sim, quem e quando visitou? Como se desloca?

Antes de vir para o lar residia onde e com quem?

Ocupação do tempo

Como ocupava o seu tempo antes de vir para o lar?

Institucionalização

Quais as razões que o levaram à integração no lar?

Conhece outros lares? Se sim, porque optou por este lar?

Há quanto tempo está no lar? Em que dia e mês entrou para o lar?

Como foi a sua integração no lar?

Qual foi a situação ou o momento que mais / menos gostou nos primeiros dias que entrou para o lar?

As funcionárias cuidam de si. O que fazem?

Como conheceu os colegas do quarto, tem bom relacionamento com eles?

Como ocupa o seu tempo? Sai ao exterior, faz o quê? Continua a ter amigos no exterior?

O que espera do lar? Quais os seus desejos / interesses?

O que sente mais falta? (casa onde vivia, dos vizinhos, família, actividades que fazia...)

Neste momento, está satisfeito com este lar? (quanto às funcionárias, às actividades, com os colegas..) O lar continua a ser a sua opção?

Obrigadíssimo pela sua contribuição ao nosso estudo

ANEXO 2

Exmo. Senhor Provedor da Mesa Administrativa

Sou Educadora Social há dez anos numa instituição particular de solidariedade social, com funções de directora técnica nas valências de 3ª idade (Lar, C.de Dia e S.A.D.).

Ao longo destes anos, o gosto e a vocação de trabalhar com os idosos tem solidificado a minha opção profissional, no entanto, com vontade de aprender, aperfeiçoar, reciclar os meus conhecimentos sobre a população idosa, fiz uma especialização em Gerontologia Social, a qual suscitou-me o interesse por realizar um mestrado nesta área.

Neste momento, frequento o Mestrado em Gerontologia Social na Universidade Portucalense, no Porto, estou a desenvolver a minha tese subordinada ao tema “Vivências em lares de idosos”.

Para este trabalho necessito da colaboração dos idosos residentes em lares a qual será obtida através de uma entrevista pessoal, semi-estruturada e possivelmente gravada (com autorização do idoso) a realizar por mim, cuja cópia se anexa. Também, gostaria de aplicar uma escala de opiniões sobre a integração dos idosos no Lar, aos cuidadores formais. (cópia em anexo)

Assim, solicito a colaboração de V. EXª no sentido de autorizar o contacto com alguns idosos residentes, para responderem á entrevista e os cuidadores formais responderem á respectiva escala.

A colaboração será apenas de voluntários, os dados recolhidos serão confidenciais, anónimos e destinam-se apenas à elaboração da tese de Mestrado.

Grata pela colaboração a prestar, subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor de V. EXª para qualquer informação adicional que pretendam.

Espinho, 12 de Maio de 2009

Sandra Fernandes

ANEXO 3

Escala de opiniões dos cuidadores formais sobre a integração dos idosos nos lares

Nome (facultativo):	
Idade:	
Sexo: Masculino () Feminino ()	Profissão:

Por cada afirmação abaixo, faça um círculo no número que melhor se adequar à sua opinião sobre os diferentes aspectos relacionados com a velhice e a integração dos idosos em lares, sendo que o 1 corresponde a "Discordo Totalmente" e o 5 a "Concordo Totalmente".

Afirmações	Escala de Atitudes sobre a Integração de Idosos no lar				
	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo Em Parte</i>	<i>Indiferente</i>	<i>Concordo Em parte</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
A velhice é uma etapa de felicidade.	1	2	3	4	5
Chegar à velhice significa doença.	1	2	3	4	5
Os velhos são um "fardo" para a sociedade.	1	2	3	4	5
Os velhos estão próximos da morte.	1	2	3	4	5
Viver a velhice no seio da família.	1	2	3	4	5
Viver a velhice num lar de idosos.	1	2	3	4	5
Os idosos vão para o lar por livre vontade.	1	2	3	4	5
Os idosos vão para o lar pressionados pela família.	1	2	3	4	5

Vivências em lares de idosos: diversidade de percursos

Afirmações	Discordo Totalmente	Discordo Em Parte	Indiferente	Concordo Em parte	Concordo Totalmente
Os idosos vão para o lar quando não possuem outras alternativas.	1	2	3	4	5
Após a integração no lar o idoso mantém as suas relações e actividades sociais no exterior.	1	2	3	4	5
Os idosos que residem em lares são inactivos /passivos.	1	2	3	4	5
A passividade torna-os dependentes.	1	2	3	4	5
É importante que o idoso ocupe o tempo.	1	2	3	4	5
É importante que o idoso trace o seu Plano de Desenvolvimento Individual. (P.D.I)	1	2	3	4	5
Os idosos que residem nos lares vivem à margem da sociedade.	1	2	3	4	5
O cuidador necessita de formação para cuidar do idoso	1	2	3	4	5
O cuidador necessita de possuir vocação/dom para cuidar do idoso.	1	2	3	4	5
O cuidador deve cuidar do idoso como de uma criança.	1	2	3	4	5
Cuidar de idosos causa sobrecarga física	1	2	3	4	5
Cuidar de idosos causa sobrecarga psíquica	1	2	3	4	5
É deprimente trabalhar com idosos.	1	2	3	4	5