



Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar



Autor: Teresa Neto

Orientador: Doutora Paula Campos Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Sociologia das Organizações e do Trabalho

**Lisboa
2016**

VALORIZAMOS PESSOAS



POEMA

*"O valor das coisas não está
no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que
acontecem. Por isso existem
momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis
e pessoas incomparáveis."*

(Fernando Pessoa)

www.loukasdeplantaoblogger.com.br



AGRADECIMENTOS

Aproveito esta oportunidade para agradecer a todos os que me ajudaram a realizar esta dissertação de mestrado.

Aos meus pais e á minha filha, pela paciência, carinho e apoio.

Á instituição Santa Casa da Misericórdia da Amadora, em particular aos idosos do Lar Sagrada Família que contribuíram para a escolha do tema e colaboraram no estudo.

Á Doutora Paula Campos Pinto, pelo acompanhamento e orientação e á Doutora Anália Torres pelo incentivo e persistência.

A amiga Maria Infante pela partilha.

Muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

SCMA-Santa Casa da Misericórdia da Amadora

OMS-Organização Mundial de Saúde

ONU-Organização das Nações Unidas

AVD-Atividades da Vida Diária

INE-Instituto Nacional de Estatística

OES-Organizações de Economia Social

ERPI- Estrutura Residencial para Idosos

ISS- Instituto da Segurança Social

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

LSF- Lar Sagrada Família

RESUMO

Este estudo surge da necessidade de abordar a problemática da institucionalização a partir da perspetiva do idoso, numa procura por perceber esta organização complexa e dinâmica que dá resposta a idosos com determinadas características, mas que é também geradora de outras problemáticas, como qualquer organização.

Optou-se por uma investigação qualitativa através da realização de entrevistas semiestruturadas a 13 idosos, residentes no Lar Sagrada Família da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, desenvolvendo análise de conteúdo temática para identificar categorias de resposta. Este estudo permitiu, assim, conhecer a opinião destes participantes a viver numa estrutura residencial para idosos, compreender as razões que motivaram a sua institucionalização, conhecer as suas vivências no processo da institucionalização e as suas perspetivas e experiências atuais.

Apesar de se tratar de um estudo exploratório, pela reduzida dimensão da amostra considerada, os resultados apresentam-se pertinentes para uma avaliação desta resposta social.

Os idosos inquiridos revelaram satisfação quanto à estrutura e funcionamento do lar, quanto aos serviços prestados e à forma como é respeitada a sua individualidade e autonomia. Quanto aos aspetos negativos, alguns referem a institucionalização não tanto como opção individual, mas como uma necessidade, que pode ser manifestada pelo próprio ou por alguém que lhe é próximo, mas que acarreta sempre uma carga emocional de difícil gestão nesta fase da vida.

PALAVRAS CHAVE

Envelhecimento, Família, Institucionalização em Lar de Idosos



ABSTRACT

Despite the fact that it is an exploratory study, given to its small sample, the results achieved were considered relevant to the evaluation of such a social facility and environment as the nursing homes.

Os idosos inquiridos revelaram satisfação quanto à estrutura e funcionamento do lar, quanto aos serviços prestados e à forma como é respeitada a sua individualidade e autonomia. Quanto aos aspetos negativos, alguns referem a institucionalização não tanto como opção individual, mas como uma necessidade, que pode ser manifestada pelo próprio ou por alguém que lhe é próximo, mas que acarreta sempre uma carga emocional de difícil gestão nesta fase da vida.

The elderly people that were interviewed revealed satisfaction in what is related to the structural conditions of the specific nursing home as well as with the operational delivering, namely in what regards the services provided and the respect for their own individuality and autonomy. In terms of negative impacts some refer Institutionalization itself not only as an individual option but as a contingency and necessity, expressed by their owns or by a third person, that always comprehends an emotional charge hard to tackle in that point of life.

KEY WORDS

Ageing, Family, Institutionalization in Nursing Homes for elderly people



ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	9
1ª PARTE: Enquadramento Teórico sobre Envelhecimento e Institucionalização	11
1. ENVELHECIMENTO E SOCIEDADE	11
1.1. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL	14
1.2. ENVELHECIMENTO E FAMÍLIA	16
1.3. O ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	18
2. ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS EM PORTUGAL	25
3. IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DA QUALIDADE NA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS.....	30
METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	39
1. DEFINIÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA E OBJETIVOS	39
4. PROCEDIMENTO NA ANÁLISE DOS DADOS	47
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
1. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	48
2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DOS ENTREVISTADOS	50
3. RESULTADOS.....	53
4. CONCLUSÕES FINAIS.....	64
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	71



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - População Portuguesa por Grupos Etários (1960-2011)	13
Quadro 2 - Nº Idosos Institucionalizados e Nº ERPI'S por distrito	20
Quadro 3 - Plano de tratamento de dados.....	47
Quadro 4 - Tempo de Espera para Admissão LSF	51
Quadro 5 - Tempo de Permanência no LSF	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- MÉDIA DE IDADES.....	50
Gráfico 2 - ESTADO CIVIL.....	50
Gráfico 3 - NÚMERO DE FILHOS	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Fachada do Lar Sagrada Família	49
Figura 2 - Guia de Acolhimento Lares SCMA	49

INTRODUÇÃO

O Envelhecimento no século XXI, é um tema em destaque e de preocupação mundial, mas com grande enfoque na Europa. Estamos perante um fenómeno que tem tido um aumento muito significativo, que vem já do século passado e que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. No caso concreto da sociedade portuguesa estiveram na origem deste fenómeno fatores como: a forte emigração das décadas de 60 e 70, a queda da fecundidade e o aumento da longevidade.

O Envelhecimento humano não é só um problema demográfico, ele abarca aspetos socioculturais, políticos e económicos, em interação dinâmica e contínua com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos.

Assim sendo, o paradigma do envelhecimento faz com que tenhamos de pensar numa sociedade e família diferente daquela que conhecemos, em que é necessário um reajustamento que acompanhe esta evolução, de modo a obter as melhores soluções para os problemas associados ao envelhecimento.

Com as alterações na estrutura familiar moderna e as novas exigências sociais, geram-se situações que levam à institucionalização. Essa escolha parte do idoso, ou da família em sua substituição, mas trata-se de uma escolha que nem sempre significa a solução de sucesso e garantia de bem-estar.

A institucionalização pode traduzir-se em vivências que contribuam para minimizar problemas de saúde ou outros pelos quais o idoso teve de recorrer á institucionalização, bem como ir ao encontro das suas expetativas nesta fase da vida. Mas por vezes esta vivência é negativa, carregada de sentimentos de desconforto, isolamento, exclusão, medos até mesmo abandono.

Com base nestas realidades o objetivo principal deste estudo consiste em analisar e identificar as perspetivas dos idosos sobre a vida em lar, compreender as razões que motivaram a institucionalização, os fatores que potencializam uma adaptação mais bem-sucedida, identificando as perspetivas que os idosos têm sobre a vida em lar.

A escolha do tema “As Perspetivas dos Idosos Institucionalizados”, justifica-se pelo facto de que a “mudança de lar” nesta fase da vida é algo de complexo e que requer por parte das instituições grande flexibilidade e adaptabilidade a cada indivíduo.

A investigação foi desenvolvida a partir de uma revisão da literatura sobre Envelhecimento e Institucionalização, apresentada numa primeira parte, e, numa segunda, dos resultados obtidos através de entrevistas efetuadas a 13 idosos residentes no Lar Sagrada Família da Santa Casa da Misericórdia da Amadora (LSF).

O local escolhido para a recolha dos dados, foi um lar de idosos com 20 anos, onde residem 85 utentes provenientes de vários sítios do país, de vários estratos sociais e com situações sociais muito diversas. Desempenho neste lar as funções de diretora técnica, o que implica por um lado um conhecimento privilegiado do objeto de estudo, por outro uma grande necessidade de aprofundar e analisar, até que ponto a prática vai ao encontro das necessidades e expectativas dos diversos clientes que nos aparecem.

Vivem no LSF 85 idosos, mas segundo uma avaliação médica e psicológica só 13 idosos, não apresentavam limitações cognitivas ou défices de compreensão que compromettesse as respostas, um dos critérios definidos para serem selecionados para entrevista e muito importante para este estudo.

1ª PARTE: Enquadramento Teórico sobre Envelhecimento e Institucionalização

1. ENVELHECIMENTO E SOCIEDADE

Segundo Fontaine (1999: 19), “a humanidade atinge o seu primeiro bilião de habitantes em 1801, o segundo em 1925, ou seja, num espaço de cento e vinte e quatro anos, o terceiro em 1959, ou seja, em trinta e quatro anos, e o quarto em 1974, quinze anos mais tarde, o quinto em 1986, passados doze anos, e de ora avante a Terra será povoada por mais um bilião de habitantes a cada dez ou doze anos. Poderemos assim prever que atingiremos os dez biliões de seres humanos em 2040” (Fontaine, 1999: 19). Esta afirmação de Fontaine (1999) revela-nos, assim, que estamos perante uma sociedade em que a população mais velha tem um destaque crescente e preocupante, não só em termos demográficos, mas por tudo o que esse aumento de idosos transforma numa sociedade.

O aumento constante do grupo de idosos nas populações nacionais, tanto em valor absoluto como relativamente à população em idade de trabalhar, tem um impacto direto nas relações no seio familiar, na equidade entre gerações, nos estilos de vida e na solidariedade familiar que é a base da sociedade. Segundo o relatório das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População Mundial: 1950-2050, elaborado para a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, as alterações demográficas de hoje e de amanhã são extraordinárias e profundas. Tais alterações impõem a reestruturação da sociedade, forçando-nos a encontrar novas maneiras de viver, de trabalhar e de cuidarmos uns dos outros.

Nas primeiras décadas do século XX, Portugal apresentava-se como uma sociedade jovem, com elevados níveis de mortalidade infantil, a que se contrapunham também níveis altos de natalidade, movimentos migratórios sem grande expressão global e uma menor esperança de vida. A partir da década de 60, contudo, houve uma inversão

de indicadores em consequência dos ritmos das migrações na sociedade portuguesa e da redução dos níveis de mortalidade, devido aos avanços da ciência médica com grande destaque na mortalidade infantil e juvenil, da divulgação de princípios de higiene pública e privada e na generalização das práticas de profilaxia. A descida da mortalidade contribuiu para o aumento de esperança de vida que foi aumentando gradualmente.

Em 2011, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, registou-se em Portugal um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74 para os homens) e as projeções para 2050 apontam para um aumento considerável deste índice. Ou seja, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, em 2050 passar-se-á para 10,2. (INE: 2011).

A estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa, os idosos são cada vez mais, ou seja, o número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010, refletindo-se sobretudo na população feminina verificando-se um acréscimo de cerca de 80%.

Contudo, entre 1950 e 2009, em Portugal houve uma diminuição em 52% do número de nados vivos, que contribuíram para a base de sustentação demográfica. Isto é, o envelhecimento da população portuguesa não é só consequência da baixa natalidade, mas também pelo fenómeno da emigração na década de 50, que provocou uma alteração nas faixas etárias intermédias, os adultos ativos. Alterando a estrutura da pirâmide demográfica populacional onde se verifica o alargamento do topo da pirâmide e no estreitamento da base.

As variações na estrutura etária da população portuguesa estão associados aos seguintes indicadores:

a) Decréscimo da taxa de natalidade, consequência da redução do número de casamentos ou uniões tardias, o papel ativo da mulher no mercado de trabalho. A generalização dos métodos contraceptivos, a alteração ao nível das despesas inerentes aos encargos sociais associados a famílias numerosas, contribuem para a diminuição de nascimentos;

b) Aumento da Esperança de Vida, consequência da melhoria das condições sociais e do avanço da medicina.

Quadro 1 - População Portuguesa por Grupos Etários (1960-2011)

Anos	0-14	15-64	Mais 65	Total
1960	2.591	5.588	708.569	8.889
1970	2.451	5.326	832.760	8.611
1981	2.508	6.198	1.125	9.833
1991	1.972	6.552	1.342	9.867
2001	1.656	7.006	1.693	10.356
2011	1.572	6.979	2.010	10.562

Fonte/Entidade: INE, PORDATA

Conforme podemos constatar no quadro 1, no ano 2011 os valores correspondentes á população com mais de 65 anos é indicador que estamos perante uma população envelhecida, comparando com a faixa etária dos 0-14 anos.

A longevidade é uma constatação com tendência a aumentar devido a vários fatores, tais como, os progressos científicos, o melhoramento das tecnologias da saúde, a melhoria das condições de vida, ao nível da habitação, nutrição e higiene, bem como ao nível das condições laborais com a prevenção dos riscos para a saúde, contribuindo para um estilo de vida mais saudável.

As respostas sociais de apoio a idosos tornam-se cada vez mais necessárias para dar resposta a esta população envelhecida, com uma adequação às necessidades e expetativas dos idosos em função da necessidade individualizada originada por vários fatores como podemos verificar no ponto seguinte.



1.1. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

Vivemos numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que cada indivíduo tem seu próprio processo de envelhecimento.

Segundo alguns investigadores, a medida mais utilizada para caracterizar o envelhecimento é a idade cronológica, isto é, a quantidade de tempo vivido a partir do nascimento (Spirduso, 1995). Para este autor, envelhecimento é um processo ou um grupo de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com a passar do tempo surgem perdas, tais como de adaptabilidade, danos funcionais que podem originar a morte, sendo uma extensão lógica dos processos fisiológicos de crescimento e desenvolvimento.

Falar de envelhecimento individual é falar de envelhecimento cronológico, ou seja, o processo natural pelo qual o indivíduo vai passando as várias etapas ao longo da sua vida. À parte disso temos o envelhecimento biopsicológico, que não se tem só em conta a idade cronológica, mas a forma como os sinais de envelhecimento são visíveis. A OMS classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade, idade que é referência em muitos países desenvolvidos para definir a idade da reforma, ou seja o início para estar apto a receber uma prestação de velhice. Mas isso não é por si só uma definição de velhice, mas sim uma “baliza”, tendo em conta que pode ser diferente de sociedade para sociedade.

Gorman (2000:7) defende que “o processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice”.

Fonseca (2004) considera benéfico o recurso às categorias de idade defendidas por Birren & Cunningham e que são, nomeadamente:



- Idade biológica: o funcionamento do organismo humano, com a diminuição dos sistemas vitais ao longo do tempo, prejudicando a saúde dos indivíduos;
- Idade psicológica: a capacidade psicológica de adaptação que cada indivíduo tem, fundamentais para o equilíbrio pessoal e promoção da autoestima;
- Idade sociocultural: o comportamento, hábitos e estilos de vida adotados pelos indivíduos, em função dos papéis sociais que desempenham na sociedade.

Segundo Fonseca (2004), independentemente das idades, não podemos esquecer que o envelhecimento humano é um fenómeno complexo que envolve aspetos de ordem sociocultural, política e económica em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos.

Envelhecer é percorrer etapas da vida, em que cada indivíduo tem as suas especificidades e necessidades. Segundo Berger” os idosos representam um grupo heterogéneo com estilos de vida e necessidades variadas” (1995: 5). Tendo em conta as variações individuais, não existe um envelhecimento paralelo, ou ao mesmo ritmo, entre órgãos e as funções psicológicas. Se for verdade que alguns indivíduos se mostram resistentes ao envelhecimento e apresentam um desempenho adaptado com o avançar da idade, outros declinam no decurso do processo patológico e desenvolvem processos de senilidade (Fontaine, 2000).

O modelo médico define o envelhecimento como um processo básico, um fenómeno biológico inevitável e relativamente imutável; porém, os diferentes percursos de vida determinam em grande medida os recursos dos idosos no seu estado atual. No que se refere à saúde física, se esta por si só não é condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar, através de interações complexas, diretas e indiretas com outros fatores da qualidade de vida (Paúl, 2005).

No decurso do processo de envelhecimento, algumas necessidades individuais implicam uma rede de suporte social por vezes não existente, ou impossível de manter

durante períodos longos na esfera informal. Assim, as políticas de saúde e sociais vão criando respostas para as necessidades dos mais velhos.

Quando a necessidade passa pela integração numa ERPI, as necessidades e expectativas do idoso têm de ser analisadas, confrontadas e discutidas em família, e é muito importante implicar o idoso no processo de escolha sobre a institucionalização, bem como em todas as etapas que surgem após a sua integração numa resposta social permanente.

1.2. ENVELHECIMENTO E FAMÍLIA

A família é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidos ou não por laços consanguíneos, tendo como tarefa primordial o cuidado e a proteção dos seus membros encontrando-se dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserida (Mioto, 1997 apud CAIO et al., 2006).

Segundo Saraceno, citada por Imaginário (2002) “a família revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais.” Esta mesma autora defende que a estrutura da família não faz referência nem ao número de elementos nem a qualquer atividade, mas ao tipo de vínculo existente entre os elementos de uma convivência, destacando-se entre eles o vínculo de afinidade, de consanguinidade, de casamento e de dependência. Tendo por base esta perspetiva, a estrutura da família define-se pelo modo como as pessoas que a constituem se posicionam ao longo de dois eixos, respetivamente horizontal e vertical, pelas relações de sexo e pelas relações geracionais.

“A família é como que uma escola de humanidade mais profunda (...). A família – ponto de encontro de várias gerações que mutuamente se ajudam a alcançar uma sabedoria mais plena e a conciliar os direitos pessoais com as outras exigências da

vida social – constitui, assim, o fundamento da sociedade”. (Gaudium et Spes, 52 Concílio Vaticano II)

Temos na família o principal pilar de suporte no acompanhamento aos idosos, ocupa uma posição preferencial e predominante de apoio, cuidado e assistência dos mais velhos em conformidade com a valoração dos afetos. Trata-se de um dever familiar constitucionalmente consagrado de cuidar das pessoas idosas, reconhecendo-se uma hierarquia assistencial na efetivação de todas as condições que permitam a sua realização pessoal.

A população idosa é originária de uma época com marcados valores culturais, na qual a família exercia importante papel. Para os familiares cuidar dos doentes era dignificante, considerando a família centro de intimidade e centro de abertura em relação ao cuidado do idoso. (LEME; SILVA, 2002).

Por outro lado, a estrutura família encontra-se em profunda mudança ao nível das relações familiares que têm sido afetadas pelo aumento de ruturas matrimoniais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, em particular, o aumento do número de famílias monoparentais, famílias sem jovens, netos que vivem com os avós, de pessoas sós e dos casais não coabitantes. Também a longevidade dos mais velhos tem contribuído para o acréscimo das famílias constituídas somente por idosos.

Às mulheres por tradição eram dadas as responsabilidades da manutenção da família e por todos os cuidados aos seus membros (Relvas 2002). Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, as responsabilidades fora do lar absorvem uma parte do tempo dedicado á família, por vezes não existe suporte familiar para cuidar dos enfermos.

Nas últimas décadas, o destaque das mulheres em vários contextos sociais e económicos, que anteriormente não lhes era permitido, passaram a contribuir para a economia familiar, bem como a gerir uma carreira profissional em paralelo com as responsabilidades domésticas. As mulheres passam a ter menos tempo para atividades de lazer, bem como para si próprias, com o desempenho de várias atividades remunerativas fora de casa e não remunerativas no seio familiar.

Hereditariamente os cuidados familiares aos mais dependentes incidem muito particularmente sobre as mulheres. Segundo Luísa Brito (2002), os cuidados prestados às pessoas idosas são quase sempre efetuados pelos familiares de primeira linha, filhas, noras, esposas ou familiares próximos prevalecendo o sexo feminino na prestação destes cuidados.

Assistimos hoje a um fenómeno originado pela longevidade dos mais velhos, idosos que cuidam de idosos, os cuidadores por vezes são da geração do idoso ou da subsequente, cônjuge ou familiares próximas que têm disponibilidade, mas as forças já não são as suficientes, o que leva por vezes á necessidade de recorrer á institucionalização (Silverstein & Litwak, 1993).

1.3. O ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO

A responsabilidade de cuidar das pessoas idosas até há alguns anos atrás estava quase exclusivamente nas mãos da própria família. As alterações demográficas e sociais, de que são exemplo a diminuição do agregado familiar, a entrada das mulheres no mundo do trabalho, o aumento da competição e do consumo, levaram a que algumas famílias comesçassem a transferir essa responsabilidade para o estado ou para instituições privadas (Almeida, 2008).

Assiste-se ao emergir de uma nova forma de gestão da velhice, pois os encargos e responsabilidades que no passado eram assumidos só pela família são hoje partilhados com o Estado na sua função social de auxílio às famílias na prestação de cuidados, quer através de ajudas monetárias, quer assegurando o acesso a equipamentos sociais que evitem ou superem o isolamento ou a marginalização social.

Arca (2007:269-270) defende uma posição partilhada de prestação de cuidados, referindo que " (...) tratando-se de um fenómeno social, a prestação de cuidados aos

nossos idosos deve constituir uma responsabilidade partilhada entre a obrigação moral e ética da família, e a obrigação social do Estado enquanto garante dos direitos fundamentais de todo e qualquer cidadão, independentemente da sua idade". Face à realidade e dinâmicas familiares atuais, esta partilha tem de existir porque nem sempre é possível às famílias cumprir na totalidade os seus deveres de solidariedade intergeracional, tendo de recorrer às respostas sociais existentes, como é o caso da institucionalização em Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas.

Por vezes no seio familiar não são possíveis de prestar e satisfazer as reais necessidades do idoso, pelo que surge a necessidade de recorrer à institucionalização por um período pontual, até novamente estarem reunidas as condições para voltar ao seu domicílio ou em casos de irreversibilidade a situação de institucionalização permanente tem de ser equacionada.

A institucionalização é um processo complexo, que envolve a tomada de consciência da necessidade, que pode ser do próprio idoso ou de outro agente, até à sua integração na resposta social. Em alguns casos, a institucionalização é uma opção do próprio idoso, sendo uma opção individual que nada tem a ver com uma decisão familiar.

A institucionalização é uma solução que tem subjacente motivos como a dependência, as mudanças na estrutura familiar, a ausência de redes de solidariedade, o isolamento, as más condições habitacionais e a deterioração das condições de saúde destas pessoas. Em muitas situações a necessidade da institucionalização decorre da sobrecarga do cuidador informal, que são quase sempre mulheres. O papel destas cuidadoras informais não se finaliza com a institucionalização, por isso se questiona, se ao se tomar essa providência, o stress da cuidadora é direcionado ou apenas muda de foco (Golstein & Siqueira, 2000).



Quadro 2 - Nº Idosos Institucionalizados e Nº ERPI'S por distrito

Distritos	Nº de Idosos Institucionalizados	Nº Estruturas Residenciais para Idosos p/distrito
Aveiro	4827	124
Beja	3383	63
Braga	5598	150
Bragança	3198	97
Castelo Branco	4061	91
Coimbra	5.201	131
Évora	3037	91
Faro	3539	75
Guarda	5070	130
Leiria	5085	150
Lisboa	14.171	386
Portalegre	3421	79
Porto	7.936	214
Santarém	5742	150
Setúbal	5341	133
Viana do Castelo	2213	55
Vila Real	2458	70
Viseu	5385	126
TOTAL	89.666	2.315

Fonte: GEP, Carta Social 2014

Em Portugal a institucionalização constitui uma resposta em expansão. Em 2008, segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, viviam em lares para idosos 51.017 pessoas idosas (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos) (INE 2002). Verificando os dados de 2014 fornecidos pela Carta Social podemos constatar que houve um aumento de mais 38.649 idosos institucionalizados num espaço de tempo de seis anos, ou seja, num total de 2.087.505 pessoas com mais de 65 anos, 89.666 encontram-se em ERPI's (PORDATA,2014).

Conforme podemos verificar no quadro 2, o distrito de Lisboa é o que se destaca apresentando o maior número de ERPI's (386 ERPI'S) bem como de idosos institucionalizados (14.171), seguindo-se o distrito do Porto. Todos os outros distritos apresentam valores aproximados em termos de idosos institucionalizados e de número de ERPI's. Podemos por isso verificar que a institucionalização é mais evidente nas grandes cidades, mas é também aí que se concentra a população idosa.

Podemos constatar que, apesar de ser um fenómeno com maior destaque na capital, a institucionalização de idosos é uma realidade nacional e com tendência para aumentar tanto ao nível da procura como da oferta, tendo por base o aumento constante da população mais velha, bem como a alteração das condições de vida das famílias.

Segundo os autores Woroby, Angel e Born (2002), citados por Martins (2006), a institucionalização é aconselhável á população de idosos isolados, com perdas de independência funcional, sem familiares por perto ou inexistentes. Também Fernandes (1997) e Gomes (2000), autoras referidas por Martins (2006), despertam para a necessidade de melhorar a carga negativa que ainda perdura relativamente às organizações cujo objetivo é o alojamento de idosos, substituindo os antigos asilos ou hospícios e atualmente com outro tipo de intervenção.

Segundo vários estudos realizados nos EUA por Kane em 1997 e citados por Born e Boechat (2002), sobre os fatores que determinam a institucionalização e que têm grande peso na decisão são: a idade, o diagnóstico clínico, a limitação nas AVD, o facto de morar sozinho, o estado civil, a situação mental, a etnia, a ausência de suportes sociais e a pobreza. Segundo Freitas (2002), no caso do Brasil, os fatores de risco que deram origem

ao internamento em instituição residencial, foram provenientes de pessoas com idades superiores a 70 anos, sexo feminino, solteiros, sem filhos ou viúvo, residirem sozinhos, em situação de isolamento social, grandes dificuldades económicas, doenças múltiplas, dependência, altas hospitalares precoces, depressão, demência e incontinência.

Segundo vários autores a institucionalização significa uma rutura com o quadro da vida diário da pessoa idosa, representando para esta uma transformação, muitas vezes radical, no seu modelo de vida, tendo de encarar uma realidade completamente diferente.

A Institucionalização para muitos idosos é o significado de abandono, de exclusão e afastamento da comunidade onde estavam integrados, torna-se um profundo sofrimento agravado quando os filhos não os visitam e os abandonam nas instituições.

Segundo Fernandes (1997), a vida diária em lar, apesar da coabitação com outros idosos, provoca grande isolamento, devido á rutura originada pela saída da sua habitação bem como da comunidade onde estava inserido.

No entanto, os lares de idosos têm sido alvo de alterações significativas, exigidas pela tutela. Assim, tem sido frequente a alteração de legislação relativa a exigências ao nível das condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as Estruturas Residenciais para Idosos.

A Institucionalização em Estrutura Residencial constitui-se hoje como uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de

um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado”. (Manual Processos-Chave ISS,2012:2).

Segundo o Guia da Pessoas Idosas de 2016, constituem-se como objetivos principais da resposta de ERPI:

- promover a qualidade de vida;
- proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- privilegiar a interação com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
- promover estratégias de reforço da auto-estima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades de vida diária.

As ERPI's têm de dar resposta às dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social de cada indivíduo sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

Ainda segundo o manual de processos-chave editado pelo Instituto de Segurança social em 2012, “As estruturas residenciais devem-se constituir num contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada indivíduo, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos”.



No ponto a seguir podemos verificar a evolução que as estruturas residenciais para idosos têm tido ao longo dos tempos, de forma a dar respostas mais efetivas às necessidades e expetativas dos idosos.



2. ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS EM PORTUGAL

Até à formação das misericórdias no final do século XV, as necessidades da população portuguesa, já se fazia sentir ao nível da assistência. Através de estabelecimentos assistenciais que eram apoiados pelas ordens militares e religiosas, municípios, confrarias que davam abrigo aos peregrinos, doentes e mendigos.

No final do século XV predominavam quatro tipos de estabelecimentos assistenciais:

- Albergarias, Hospitais, Gafarias, Mercearias (no sentido religioso de fazer o bem).

A partir do século XVII a solidariedade começa-se a desviar do sentido religioso de cariz caritativo para se assumir como um dever social do Estado e da sociedade civil, “...no transcurso da evolução observada (1700-1830) o que ressalta é o triunfo gradual do modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa, entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal.” (Araújo,1997:449).

Em 1755 a Misericórdia de Lisboa, até então uma das instituições mais poderosas do país, em consequência do grave terramoto que atingiu a cidade vê-se quase impossibilitada de exercer a sua missão. Em 1783 a rainha D. Maria I, por Decreto Lei real atribuiu à Misericórdia a faculdade de fazer uma lotaria anual, para com os lucros acorrer às necessidades dos hospitais reais de enfermos e expostos.

A população-alvo por parte de intervenção da Misericórdia eram todos aqueles que dependiam de ajudas externas para assegurarem a sua subsistência e ainda todos os que se defrontavam com uma situação de vida que os tornava socialmente débeis.

Em 1834 dá-se um fenómeno importante ao nível da história Assistencial em Portugal, ou seja, iniciaram-se os primeiros movimentos associativos que divulgaram o espírito associativo, bem como identificaram a necessidade de desenvolver medidas de apoio social. As reivindicações passavam pela necessidade de apoio á velhice, mas o seu foco central era assegurar as situações em caso de doença e incapacidade temporária ou permanente de trabalhar (Fernandes, 1995).

Segundo Maia (1993) estas associações pretendiam prestar apoio em diversas situações, desde as situações de doença até á morte, incluindo o desemprego, os acidentes de trabalho, as doenças profissionais até á invalidez e velhice.

As Associações de Socorros Mútuos desenvolveram medidas de apoio social que se mostraram insuficientes, devendo-se em grande parte ao atraso do processo de industrialização e á sua visibilidade em Portugal.

As medidas respeitantes à velhice, segurança e à sobrevivência neste período da vida eram geridas particularmente pelos trabalhadores, com o intuito de incentivar a poupança para reservas. Contudo, a velhice não era uma preocupação para os operários, era um risco que estava longe, pelo que não mostravam grande importância.

No sentido de prevenção e alerta para as várias situações, o Governo durante a I República, criou Seguros Sociais Obrigatórios (seguro obrigatório na invalidez, velhice e sobrevivência) direcionados aos “indivíduos de ambos os sexos a exercer qualquer função de trabalho, em todos os ramos profissionais e que não auferissem rendimentos superiores a novecentos escudos” (Maia, 1993).

Contudo, a Constituição de 1933 fez alterar a posição do Estado ao delegar “impulsionar e dirigir todas as atividades sociais nos diferentes domínios, limitando, contudo, a atividade do Estado à promoção de instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidades”. (Maia,1993)

Estas mudanças ao nível da previdência social não tiveram repercussões benéficas na população mais envelhecida, sendo que, houve um aumento do número de beneficiários de pensões de velhice, mas que não tiveram um efeito muito significativo. Depois da 2ª Guerra Mundial alargaram-se os seguros e os sistemas de Segurança Social, em que o Estado apresenta um papel mais interventivo no apoio social aos mais desfavorecidos.

No século XIX e XX ocorreram mudanças na sociedade ao nível da forma e os conteúdos de assistência à população. Em Portugal o atraso económico e social, em

relação com outros países europeus, denotou-se um atraso na evolução das políticas sociais até aos anos 60, em que os problemas do envelhecimento não eram o enfoque da política social. No ano de 1969 esta matéria foi debatida pela primeira vez em Assembleia Nacional. No final dos anos 70 com um aumento dos indícios de uma população mais envelhecida, foram criados departamentos de estudo e avaliação deste impacto do aumento dos primeiros sinais de envelhecimento. E em 1974 as políticas sociais ganharam uma maior expressividade abarcando todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, ou com incapacidade para o trabalho.

Segundo Maia (1993), “a Constituição de 1976 enuncia pela primeira vez os direitos dos idosos no seu artigo 72º as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”. A fim de concretizar este objetivo o Estado propõe uma política bastante abrangente: “a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidade de realização pessoal, através de uma participação na vida ativa” (Ibidem).

Contrariando a política defendida até esta data, o Estado passou a desempenhar um papel mais interventivo nas situações de carência política, no que diz respeito à terceira idade. Ele abarcou medidas de carácter económico, social e cultural de forma a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação na vida ativa.

Após o 25 de Abril, surge a designação de Lar, aos espaços de apoio e integração de idosos, altera-se o nome de asilos e albergues, mas a representação simbólica negativa destes espaços que passou a apoiar idosos carenciados mantem-se, segundo Fernandes (1997:150) trata-se de respostas em que prevalece, “uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte”.

Recentemente, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social em 2012, através da Portaria nº67/2012 de 21 de março, introduziu uma nova designação-

Estruturas Residenciais Para Idosos – definindo-as como “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”.

Existem vários equipamentos que integram em regime de internamento permanente ou para descanso do cuidador, idosos ou situações similares que se apresentam das seguintes formas:

a) Estruturas oficiais geridas por organismos da Administração Pública, central, regional e local: Centros Regionais de Segurança Social, onde a gestão pode ser exercida pelo próprio Centro ou mediante Acordo de Gestão, por Instituições Particulares de Solidariedade Social;

b) Estruturas com a designação de Instituições Particulares de Solidariedade Social, que são constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e para prosseguir, entre outros, o objetivo de proteção dos cidadãos na velhice, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços. Estas instituições podem apresentar-se de vários formatos, nomeadamente, associação de solidariedade social, irmandades da misericórdia e outras legalmente previstas;

c) Estruturas pertencentes a pessoas singulares ou coletivas, designadas de Lares Particulares, que não se enquadram nos princípios das estruturas referidas anteriormente, carecem de aprovação, licenciamento e fiscalização para o exercício das funções a que se propõe por parte da Segurança Social.

De acordo com o Portal da Carta Social, da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento, no ano 2012 existiam 2.093 equipamentos que forneciam a resposta social “Estrutura Residencial para Idosos -Lar de Idosos e Residência-”, englobando a rede solidária e lucrativa, com capacidade para alojar 79.997 pessoas. Em 2014 num total de 2.087.505 pessoas com mais de 65 anos, 89.666 encontram-se em ERPI’s (PORDATA,2014).

Em paralelo, e de forma a melhorar e monitorizar os serviços prestados pelas ERPI's foram elaborados manuais de qualidade a adotar pelas respostas sociais, conforme podemos constatar no ponto seguinte.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DA QUALIDADE NA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS

Num cenário de crescente exigência e de desafios, de rápida e permanente inovação, de alteração de processos e constantes mudanças nos panoramas económico e social, as organizações tendem atualmente a procurar a implementação de sistemas de gestão da qualidade que possibilitem a melhoria permanente da qualidade do serviço prestado, da satisfação dos seus clientes, financiadores e todas as partes envolvidas, bem como a sustentabilidade da própria organização.

Também as organizações do terceiro setor, nomeadamente as organizações que prestam apoio a idosos, iniciaram o seu processo de requalificação recorrendo á Norma Internacional EN ISO 9001, que “especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade que pode ser utilizado para aplicação interna pelas organizações, ou para certificação, ou para fins contratuais. [A norma] está focada na eficácia do sistema de gestão da qualidade para ir ao encontro dos requisitos do cliente” (Norma Portuguesa NP EN ISO 9001,2008:9).

Todos os requisitos desta Norma são genéricos e podem ser aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto que proporcionam. Neste enquadramento, foi criado em 2000 pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade e pelo Ministério da Economia um grupo de trabalho, através do despacho conjunto nº410/2000 dos Secretários de Estado Adjuntos dos dois Ministérios envolvidos, para a elaboração de um guia de trabalho ao nível da qualidade e certificação das instituições que prestam apoio aos mais velhos e que foi designado de Plano Avô.

O Plano Avô é um guia que serve como instrumento essencial para um processo matricialmente concebido para ser de melhoria contínua e enformado por um conceito necessário ao exercício de direitos e à individualização de cuidados que é a satisfação do cliente. Com o aumento das respostas de apoio vocacionadas para este extrato da população, importa promover a qualidade dos serviços prestados através das diversas estruturas das quais se realçam, pela sua especificidade, os lares residenciais.

Das medidas previstas no Plano Avô adquire um papel fundamental a certificação de qualidade, segundo a metodologia e o apoio prestado pelo Instituto Português da Qualidade. Contudo trata-se de um processo de adesão voluntária tornando a certificação independente da possibilidade de as instituições adotarem o guia para a elaboração do seu Modelo de Qualidade Interno, garantindo o bem-estar das pessoas que carecem desta resposta social.

O guia tem como principal objetivo, “contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos Lares de Idosos, através de esclarecimentos, interpretação e apoio à implementação da Norma ISO 9001” (Soares e Antunes,2000;2). Assim sendo, a base de análise do guia são os Lares de Idosos residenciais que possuam os serviços necessários para o utente idoso, identificando os principais processos do Lar, ao nível dos serviços prestados.

Com base na norma, nos requisitos mínimos da qualidade definidos pela segurança social e das exigências legais, foram desenvolvidas as atividades e regras de boas práticas a utilizar nas respostas sociais para idosos.

Cada instituição define o seu sistema de gestão da qualidade, tendo em conta os fatores da dimensão e a estrutura, a caracterização dos clientes e os recursos disponíveis, bem como o contexto da sua atividade.

O sistema de gestão da qualidade tem como principal objetivo “assegurar a qualidade dos serviços prestados, satisfazendo as necessidades implícitas e explícitas dos seus clientes, através da organização e melhoria sistemática da qualidade das suas próprias operações e processos” (Soares e Antunes,2000;8), permitindo uma maior disciplina, confiança por parte dos colaboradores, dos familiares, dos clientes e parceiros, maior transparência e organização.

A Santa Casa da Misericórdia da Amadora, onde está incluído o Lar Sagrada Família, criou o seu Manual de Gestão da Qualidade em 2012, tendo por base o guia-Plano Avô, bem como o Manual do Instituto da Segurança Social (ISS), I.P. para a

Estrutura Residencial para Idosos - Modelo de Avaliação da Qualidade em 2012. Este tem como objetivos:

-Ser um instrumento para a autoavaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o seu desempenho;

-Apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento;

-Agregar num referencial normativo, todos os requisitos aplicáveis a uma Resposta Social, independentemente da natureza jurídica do estabelecimento.

Através dos instrumentos disponibilizados pelo ISS, aplicáveis a cada resposta social- Manual de Processos chave e os Questionários de Avaliação da Satisfação dirigidos a clientes, colaboradores e parceiros- podem as instituições construir o seu Manual da Gestão da Qualidade Interno, tendo em consideração a estruturação do modelo organizacional e os serviços:

- Administrativos;
- Cuidados Pessoais e de Saúde;
- Atividades de Desenvolvimento Pessoal;
- Nutrição e Alimentação;
- Higiene, Segurança e Limpeza.

Neste contexto, sendo o âmbito de intervenção a prestação de serviços sociais para pessoas idosas, o manual da tutela destas respostas define 7 processos-chave para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade são eles:

- Candidatura;
- Admissão e Acolhimento
- Plano Individual



- Cuidados Pessoais e de Saúde
- Nutrição e Alimentação
- Apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana
- Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal

De acordo com o definido no Manual da Qualidade-processos chave para a estrutura residencial para idosos, do Instituto da Segurança Social (2012) para que haja um aproveitamento das sinergias que se desenvolvem no contexto de ERPI, tendo em consideração os clientes, os colaboradores, a estrutura e o funcionamento, torna-se necessário que resulte deste conjunto uma intervenção pautada por critérios de qualidade, de que se destacam os seguintes:

- garantir o exercício da cidadania e o acesso aos direitos humanos (autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade, dignidade, oportunidades de igualdade e não discriminação);
- respeitar as diferenças de género, socioeconómicas, religiosas, culturais, sexuais dos clientes e/ou pessoas próximas;
- respeitar o projeto de vida definido por cada cliente, bem como os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expetativas;
- transmitir e garantir aos clientes um clima de segurança afetiva, física e psíquica durante a sua permanência na ERPI;
- promover o envolvimento e o estabelecimento de uma parceria e articulação estreita com o cliente e/ou significativos;
- mobilizar a participação dos clientes na gestão da estrutura residencial, envolvendo-os no planeamento, monitorização e avaliação das respetivas atividades;



- desenvolver todas as relações entre o cliente e os restantes intervenientes com ética, respeito pelos direitos e deveres, profissionalismo, rigor e qualidade;
- compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, para criar um ambiente que facilite a interação, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes.

Para cada Processo Chave as instituições definem indicadores, modo operatório e caracterização do processo, elaboram Instruções de Trabalho que descrevem as atividades associadas a cada processo, e criam instrumentos de trabalho (- impressos de suporte ao registo), para monitorização e avaliação das atividades realizadas.

Neste trabalho de investigação pretende-se aprofundar as perspetivas do Cliente/Idoso, sobre a vida em Lar de Idosos, através da identificação das suas necessidades e expectativas.

A fase de acolhimento num Lar é a fase de identificação de necessidades e expectativas iniciais por parte do cliente ou pelos familiares, para as quais a vida em família ou na comunidade já não dá a resposta necessária ou satisfatória, que passa pela satisfação das necessidades básicas de acordo com a situação, podendo incluir o alojamento, a alimentação, o vestuário, a higiene pessoal e do meio ambiente, os cuidados de saúde, o conforto, a comunicação, a participação, o entretenimento, a ocupação e ainda as necessidades de foro cultural e espiritual.

A relação do utente e família com o lar pressupõe um conjunto de requisitos legais que conferem ao utente uma gama de direitos definidos nos Regulamentos Internos das Instituições, tais como, o direito à satisfação das necessidades básicas, o direito à individualidade, o direito à intimidade e privacidade e o direito à confidencialidade; quanto à família, devem ser reconhecidos direitos no âmbito da relação com o utente, informação e participação, respeitando sempre a vontade do utente.

Por vezes devido à situação de dependência ou fragilidade em que o utente se encontra, é escolhido pelo utente uma pessoa que assegure e salvguarde os seus direitos, com respeito pela sua vontade. Caso se verifique total incapacidade para gerir a sua pessoa e os seus bens, o exercício destes direitos deve ser atribuído ao representante legal do utente, nomeado judicialmente nos termos da legislação em vigor.

A fase de Acolhimento é considerada muito importante na vida do utente, podendo determinar a adaptação positiva ou negativa da vida em lar. A comunicação nesta fase é fundamental e determinante para prevenir perturbações futuras, pelo que um acompanhamento contínuo do utente nesta primeira fase, durante um período designado pelo lar mínimo, é essencial.

De relevância a elaboração de um plano inicial de acolhimento com a equipa multidisciplinar do lar, com a participação dos familiares, dando a conhecer ao utente o Lar e as suas regras, bem como todas as informações úteis de forma adequada ao mútuo entendimento. A monitorização da satisfação do utente nesta fase de acolhimento é fundamental para identificar alguns aspetos ou novos requisitos dados a conhecer nesta fase, bem como a elaboração de um relatório respeitante a esta fase e que faça parte do processo do utente.

Também as expectativas em vários domínios fazem parte desta fase, expectativas que dependem da vivência anterior, das possibilidades económicas, do estado de saúde e de autonomia, bem como das relações familiares.

Algumas expectativas referidas no Plano Avô passam por;

- Ter entrada no Lar por si escolhido e na data desejada;
- Ter garantidas as condições para uma boa adaptação ao Lar;
- Ter assegurado que lhe sejam devidamente prestados os serviços contratualmente acordados e os de que necessita, por pessoal em número suficiente, qualificado e permanentemente atualizado;



- Ter garantidas condições facilitadoras de relações e contactos com familiares e amigos;
- Ver promovida e garantida a autonomia desejada/possível;
- Ver respeitadas as suas necessidades e vontades relacionais e afetivas;
- Ter garantida a livre expressão das suas convicções, designadamente religiosas, políticas e culturais;
- Ver respeitado o seu passado;
- Ter possibilidade de participar na gestão do Lar e de aí realizar atividades de carácter cultural, lúdico e artístico;
- Viver o Lar como “a sua casa”.

Deve a equipa do Lar estar atenta, pois nem sempre o utente explicita as suas necessidades e expetativas, pelo que o acompanhamento direto pode identificar as necessidades e expetativas que não são comunicadas e permanecem implícitas.

Também ao longo do tempo as necessidades e expetativas do utente se vão alterando, em função das condições físicas e/ou cognitivas ou por alteração da relação com a família, entre outras, e a equipa técnica do lar deve estar atenta de forma a satisfazer o utente nas suas alterações, definindo um plano individual de desenvolvimento pessoal que permite ir registando e pondo em prática as novas necessidades e expetativas.

Deve ainda a equipa partilhar através de uma linha de comunicação estabelecida com o utente e a família, todas as informações que considerem relevantes e que façam parte das mudanças estabelecidas no plano de acolhimento inicial.

A satisfação do utente é avaliada quando este expressa e confronta as suas necessidades e expetativas com a realidade vivida, sendo o grau de satisfação do utente é a medida de concretização dos objetivos. Assim, o idoso poderá apresentar as suas

opiniões na forma de reclamação ou queixa, e estas devem servir de informação vital para que surjam melhorias nos serviços prestados pelo lar. Este canal de comunicação deve ser aberto e facilitador para que o utente se sinta à vontade para o fazer para que posteriormente se possa analisar a resolução e tratamento de reclamações que funcione como fonte de informação para a melhoria da qualidade.

Muitos serviços prestados no lar contribuem para satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes na vida em lar, como o alojamento em que é necessário adequar determinadas características para que o utente se sinta satisfeito ao nível da companhia de partilha do quarto, do conforto, da individualidade e segurança, entre outras, devem ser definidas as regras do alojamento que permitam a privacidade e o respeito pelo passado, presente e futuro do utente.

A alimentação é um serviço em que devem estar estabelecidos os direitos e deveres. Os utentes devem ter conhecimento das normas de higiene e convivência, bem como das normas estabelecidas em Regulamento Interno para que haja um entendimento mútuo sobre este serviço. Relativamente à higiene e cuidados de imagem, o lar deve respeitar os hábitos e a intimidade do utente, tendo em conta o seu passado social e cultural, mas não descorando o adequado nível de higiene.

Relativamente aos cuidados de saúde, que incluem a assistência médica, os Cuidados de enfermagem, a assistência medicamentosa, entre outros, estes devem estar devidamente acautelados pelo lar, pois serviços indispensáveis e de rigor.

Também o apoio psicossocial integra os serviços prestados em lar, que podem ser prestados diretamente ao utente ou à família, constituindo-se um apoio que contribui para a integração e a vida do utente no lar. Quanto à dimensão espiritual, esta adquire uma relevância importante nesta fase da vida, na procura do sentido da vida, pelo que deve ser disponibilizada a liberdade de culto respeitando as crenças de cada utente.

As atividades lúdicas são um conjunto de atividades que potencializam e promovem a manutenção das capacidades funcionais e cognitivas dos utentes,

estimuladas através de atividade física, mental e da expressão artística ou artesanal, através de realização de festas e passeios, entre outros.

Outros serviços prestados que fazem parte do quotidiano do lar e são alvo de avaliação por parte dos utentes são os serviços de apoio, a preparação e confeção de alimentos, o tratamento de roupas, a limpeza das instalações, bem como a manutenção das instalações e do equipamento que contribuem para um ambiente agradável e acolhedor.

Este estudo como podemos verificar na II Parte do trabalho, teve em conta a análise de respostas de utentes residentes em lar sobre os vários pontos referidos anteriormente e que constituem uma avaliação que contribui para melhoria contínua do lar onde residem.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1.DEFINIÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA E OBJETIVOS

Em sentido amplo, para Richardson (1989:29) " (...) método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenómenos". Desta forma, todo o trabalho de pesquisa deve ser planeado e executado de acordo com as normas que acompanham cada método.

A metodologia implica um procedimento crítico de todas as etapas que constituem a investigação/intervenção. Assim, torna-se necessário recorrer à seleção de métodos e técnicas *"porque são estes que fornecem a informação de que se necessita para se fazer uma pesquisa integral "(Bell, 1997: 85)*

Com este estudo pretende-se conhecer e analisar as perspetivas dos idosos sobre a vida em lar, identificando as razões que motivaram a institucionalização, as vivências no processo de institucionalização e as perspetivas e experiências atuais.

O método de investigação selecionado para este estudo foi o método qualitativo, "pois designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, decodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente. Estas técnicas dão mais atenção ao significado destes fenómenos do que à sua frequência" (Deslauriers, 1997:294).

Os métodos qualitativos permitem aos investigadores estudar os sujeitos tentando conhecê-los aprofundadamente como pessoas, sendo sensíveis ao contexto. Este método está centrado na realização de entrevistas intensivas orientadas para a recolha de informação em primeira mão, mais do que na observação ou na análise documental, permitindo estudar e compreender pessoas, os seus atos no seu contexto, bem como o significado que atribuem a determinado fenómeno tendo por base de conhecimento o quadro de referência dos sujeitos, ou como afirma Pais (2000: 153), "descrever, de forma narrativa, em que consiste determinada situação ou visão do mundo".

Relativamente ao tipo de entrevista utilizada optou-se pela entrevista semi-diretiva, em que o “entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reações por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixados ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista.”(Matalon, 1993: 13).

Foi construído um guião de apoio às entrevistas, onde o grau de diretividade das perguntas era reduzido, permanecendo as categorias estruturantes relativamente ambíguas, permitindo uma ordem livre pela qual os temas podiam ser abordados. Trata-se de um estudo exploratório uma vez que contámos apenas com 13 entrevistados.

2. SELEÇÃO E CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste estudo foi utilizada a amostragem não probabilística, uma vez que os indivíduos foram selecionados através de critérios subjetivos do pesquisador. Este tipo de amostragem “baseia-se em escolhas intencionais utilizadas com a finalidade de determinar as unidades da população que irão fazer parte da amostra” (Carmo e Ferreira, 1998: 197).

A amostra da população para este estudo foi constituída por 13 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos que se encontram institucionalizados numa estrutura residencial para idosos, da Santa Casa da Misericórdia da Amadora.

A escolha do Lar Sagrada Família da Santa Casa da Misericórdia da Amadora prende-se com o facto de me encontrar a desempenhar funções de direção técnica neste equipamento o que facilitou o acesso à população ao mesmo tempo que me permitiu uma exploração científica sobre o tema a vida dos idosos em lar, tendo por base os testemunhos dos próprios idosos.

Os critérios tidos em consideração para a inclusão na amostra foram os seguintes:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Estar institucionalizado no Lar Sagrada Família;
- Aceitar participar no estudo de forma voluntária;
- Não apresentar limitações cognitivas ou possuir défices de compreensão que compromettesse as respostas;
- Diferentes tempos de permanência na ERPI.

Dos 85 idosos que se encontram institucionalizados no LSF, apenas 13 reuniam todos os critérios para poderem ser entrevistados, isto é, a dificuldade esteve no critério –Não haver limitações cognitivas ou possuir défices de compreensão que pusesse em causa o teor das respostas, através de uma avaliação médica e psicológica do universo dos utentes, podemos constatar que apenas 13 reuniam condições para compreender as perguntas e responder em conformidade.

As categorias utilizadas na construção do guião da entrevista foram:

- Razões que motivaram a institucionalização (saúde, relações sociais, suporte social, económicas, segurança, prevenção, condições habitacionais e localização geográfica da residência);

-Vivências no processo da Institucionalização (identidade, privacidade e emoções);

-Perspetivas/Experiências atuais (afetos, relações, cumplicidades, sentido de pertença, novos interesses gostos e capacidades, segurança, saúde e bem-estar e aspetos negativos e positivos).

3. OPÇÃO METODOLÓGICA: ENTREVISTA

A técnica da entrevista apesar da carga subjetiva e da parte de preparação que a caracterizam, afirma-se como uma técnica das mais ricas e das mais utilizadas em Sociologia, pelas suas características de proximidade entre entrevistado e investigador.

O fato da entrevista decorrer frente-a-frente, e a conversa poder ser conduzida e orientada pelo investigador, facilita que o entrevistado exprima perceções, relate acontecimentos e experiências e, que o investigador consiga centrar os seus esforços nas respostas às suas questões de trabalho.

A entrevista, segundo Quivy e Campenhoudt (1995), tem como principais vantagens o grau de profundidade que se consegue obter dos elementos em análise, a flexibilidade e a fraca diretividade do dispositivo que permitem recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores.

Foram utilizadas neste estudo entrevistas centradas ou focalizadas (semi-dirigida), aos atores privilegiados. Para tal foi construído um guião de apoio com perguntas, as quais contribuiriam para uma orientação da entrevista, mas a ordem ou forma como foram introduzidas ficou ao critério do investigador no momento de cada entrevista

Ao realizar a entrevista o investigador preocupou-se em:

- indicar claramente o objetivo da entrevista;
- controlar e tentar manter o tempo previsto para a sua duração;
- verificar exatidão de dados com o entrevistado;
- requerer autorização caso opte por gravação de voz e/ou vídeo;
(em anexo o consentimento informado utilizado para a autorização das gravações)
- ser honesto e usar de bom-senso

A entrevista é uma situação social onde se desenrola uma relação face a face. Tudo o que é passível de condicionar uma situação social pode interferir numa entrevista,

sendo um dos maiores obstáculos a uma comunicação aberta e fluída a distância social perceptível entre o entrevistador e o entrevistado, distância que se desdobra numa relação de poder assimétrica.

Neste estudo seis das entrevistas foram realizadas pela psicóloga do lar, conhecida dos utentes e sete por mim. Em ambos os casos existe grande cumplicidade e confiança para falar das questões mais pessoais; quanto às questões sobre o lar e serviços é prática do lar estes idosos serem envolvidos em avaliações de forma a darem o seu contributo, seja acerca dos serviços prestados no lar, quer sobre a estrutura e equipamentos, bem como sobre os colaboradores. Este envolvimento e avaliação é feito ou por escrito, a meu pedido, ou por iniciativa própria.

Dados os cuidados colocados na abordagem que fizemos aos idosos, não foi sentida qualquer assimetria de poder e considerámos até que os idosos se sentiram muito envolvidos e lisonjeados por terem sido selecionados para a entrevista, pois como lhes foi informado, todas as respostas deveriam ser sinceras, pois seriam um contributo para melhorar as condições dos próprios, bem como a dos outros utentes do lar.

O sucesso da entrevista passa, também, pela promoção de um ambiente de mútua confiança, favorável ao intercâmbio, o que implica uma atitude de abertura, interesse, cordialidade, naturalidade e empatia. Este clima é proporcionado tanto pela comunicação verbal como pela não-verbal.

Apesar de termos marcado as entrevistas, tendo em consideração a disponibilidade e preferência dos entrevistados (hora e dia), no próprio dia íamos buscar o entrevistado/idoso ao local onde estivesse no lar e conduzíamo-lo até ao gabinete. Durante o percurso até ao gabinete iniciava-se uma conversa de cordialidade, saber como se encontra hoje de saúde, se dormiu bem, etc.

Em alguns casos antes das entrevistas surgiram conversas sobre vários assuntos, que no nosso entender serviram para descontrair os entrevistados.

Conduzir uma entrevista sociológica não é o mesmo que manter uma conversa. A boa condução de uma entrevista sociológica requer, inclusive, a rutura com algumas atitudes naturais características de uma conversa vulgar.

Em alguns casos foi necessário repetir a pergunta para que se situassem no que era pretendido, ou por vezes bastava uma palavra-chave da pergunta para darmos continuidade, exemplo: *“Porque é que teve de vir para o lar, quais as razões? Vim porque o meu marido (que já estava no lar) precisa de ajuda porque..., mas as razões da senhora, o que aconteceu para ter que vir para o lar?”*, algumas vezes foi necessário fazer a pergunta de forma diferente, bem como ir dando conta do tempo que restava para terminar a entrevista.

As entrevistas decorreram de 15 a 30 do mês de agosto 2015, foram gravadas em sistema áudio, com a autorização escrita dos idosos, e transcritas integralmente. Todas as entrevistas, foram realizadas no gabinete de apoio psicológico no LSF, local tranquilo sem ruídos e onde costumam fazer sessões individuais de apoio, onde os idosos se sentem à vontade e que permite uma melhor gestão do tempo das entrevistas, uma vez que se tratou de entrevistas longas. Foi considerada a hipótese de realizar as entrevistas fora do espaço do lar, mas os idosos não receberam com agrado a proposta, pelo que se optou pelo gabinete de psicologia.

As entrevistas foram marcadas com antecedência, dia e hora, e os entrevistados foram previamente informados do tempo médio de duração de cada entrevista, ou seja, mais ou menos 45 minutos. No início de cada entrevista foi explicado o objetivo de trabalho e a importância do seu testemunho enquanto informador privilegiado.

Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento para a gravação e foram alertados para o facto de que os dados, bem como a sua identificação, “serão mantidos confidenciais e a entrevista é anónima, isto é, não será nunca usado o nome do/da entrevistado (a) nos textos que forem publicados ou em apresentações”.

Tratando-se de entrevistas em que o conteúdo induz a perguntas com alguma profundidade, intimidade e conhecimento técnico sobre a condução de entrevistas,

considereei que deveriam constituir-se como entrevistadores as pessoas com qualificação para o fazer, tendo em consideração o aspeto de proximidade dos idosos com o técnico, bem como o conhecimento académico para aplicação da entrevista.

Assim sendo, as entrevistas foram feitas por mim e pela psicóloga da equipa do lar, que considereei, que pelo facto de mantermos uma relação de proximidade e confiança com os idosos, poderíamos contribuir para um maior enriquecimento das respostas. Tendo presente que tal facto pode ter contribuído para o enviesamento nas respostas.

As entrevistas realizadas tinham como principais objetivos identificar as seguintes dimensões:

- razões que motivaram a institucionalização;
- vivências no processo da institucionalização;
- perspetivas/experiências atuais.

No final de cada entrevista foi aplicado um questionário sociodemográfico com oito itens, afim de proceder à caracterização sociodemográfica dos entrevistados relativamente a: sexo, idade, profissão exercida, estado civil, se tem filhos, tempo de permanência em ERPI e tempo de espera para admissão na ERPI.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas, foi elaborado um quadro com as sinopses das entrevistas, ou seja, as sínteses dos discursos que contêm a mensagem essencial da entrevista e são fiéis, inclusive na linguagem, ao que disseram os entrevistados.

As sinopses têm como objetivos centrais:

- Reduzir o montante de material a trabalhar identificando o corpus central da entrevista;



- Permitir o conhecimento da totalidade do discurso, mas também das suas diversas componentes;
- Facilitar a comparação longitudinal das entrevistas;
- Ter a perceção da saturação das entrevistas.

4. PROCEDIMENTO NA ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos como resultado de um projeto de investigação, deve ter em conta os objetivos e o suporte teórico do estudo. A técnica selecionada para o presente estudo foi a Análise de Conteúdo, que possibilitou uma melhor exploração das entrevistas, bem como do objeto de estudo.

Apresento o quadro síntese do Plano de Tratamento de dados:

Quadro 3 - Plano de tratamento de dados

Etapa		Procedimento
1	Descrição e Interpretação dos dados;	Aplicação da entrevista; Transcrição da entrevista e codificação; Elaboração da grelha de análise.
2	Identificação dos dados mais pertinentes;	Identificação e seleção das informações mais ilustrativas e representativas do fenómeno em estudo; Relação com o quadro teórico apresentado que fundamenta a investigação;
3	Comparação dos resultados obtidos e Apresentação das conclusões.	Apresentação dos resultados obtidos do cruzamento dos depoimentos dos residentes e do quadro teórico; Enriquecimento e aprofundamento do estudo; Apresentação das conclusões gerais do relatório da investigação.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Lar da Sagrada Família é uma valência da Santa Casa da Misericórdia da Amadora. Trata-se de uma Estrutura Residencial para Idosos com capacidade para 85 utentes. As orientações emanam dos princípios da doutrina e moral cristã e estão legislados pela tutela do Instituto de Segurança Social.

O LSF foi inaugurado a 26 de julho de 1995 e está situado na freguesia das Águas Livres – Amadora, sendo parte integrante do Complexo da Sagrada Família, onde também existem: a resposta social de Creche, o Centro São Francisco de Assis e a Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração da Sagrada Família. Pretende-se que este complexo social tenha uma vertente intergeracional ativa entre os vários públicos destas respostas sociais diversificadas.

É Missão da Santa Casa da Misericórdia da Amadora: “prestar, criar e desenvolver serviços na área social adequados às necessidades da comunidade da Amadora, promovendo a solidariedade, a qualidade de vida e a dignidade humana”.

É Missão da Área da 3ª idade: “servir a população maior respondendo às suas necessidades e promovendo a dignidade humana”.

São objetivos do LSF:

- 1-Proporcionar serviços permanentes e adequadas à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- 2-Contribuir para estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- 3-Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;
- 4-Potenciar a integração social;
- 5-Proporcionar uma qualidade de vida que, embora sujeita ao coletivo, não descure o individual, um ambiente calmo, confortável e humanizado respeitando na

medida do possível os usos e costumes dos idosos, assim como a sua individualidade e privacidade;

6-Garantir os serviços necessários ao regular funcionamento da ERPI, nomeadamente, higiene do ambiente, higiene individual dos idosos, tratamento de roupas e serviço de refeições, proporcionando uma alimentação adequada às necessidades dos Idosos, atendendo na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais, cumprindo rigorosamente as prescrições médicas;

7-Incentivar a participação dos familiares, ou pessoa responsável, no apoio ao Idosos, sempre que possível e, desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do Idoso.



Figura 1-Fachada do Lar Sagrada Família

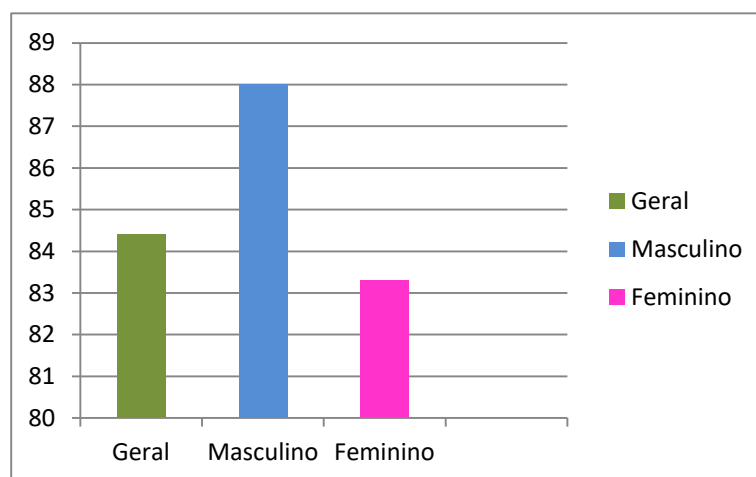


Figura 2 - Guia de Acolhimento Lares SCMA

2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DOS ENTREVISTADOS

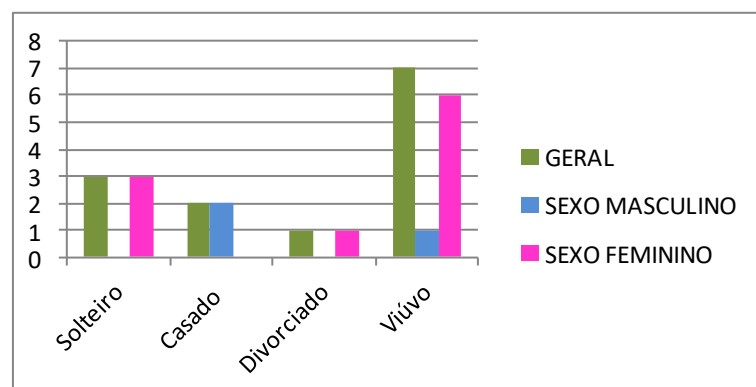
Participaram neste estudo 13 idosos, 3 homens e 10 mulheres, confirmando uma percentagem bastante elevada de mulheres na institucionalização que reflete o maior peso populacional nas faixas etárias mais elevadas. Ao nível das idades o entrevistado mais novo apresentava 65 anos, o mais velho 96 anos, dando uma média de idades para os homens de 88 anos, e para as mulheres de 83,2 anos e no geral de 84,5 anos.

Gráfico 1- MÉDIA DE IDADES



FONTE: Questionários sociodemográficos Tese Mestrado “As Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar”:2015

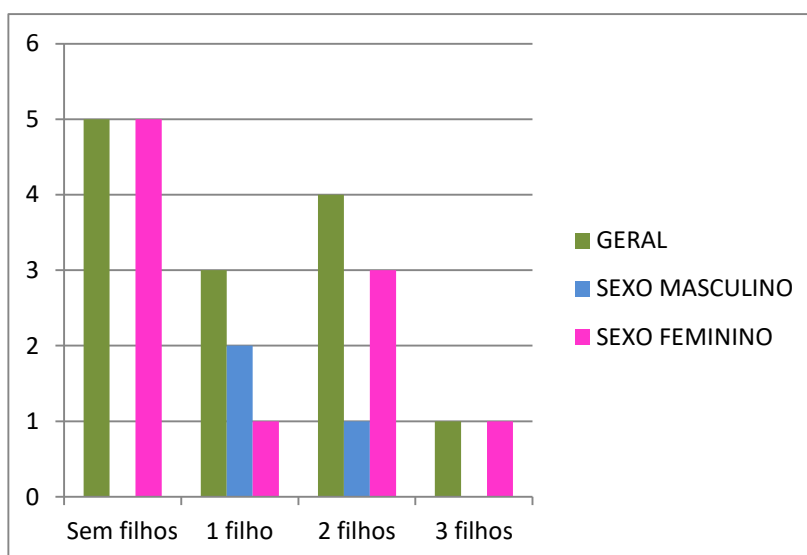
Gráfico 2 - ESTADO CIVIL



FONTE: Questionários sociodemográficos Tese Mestrado “As Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar”:2015

Verifica-se que o estado civil com maior prevalência é o de viuvez, sendo este o estado civil mais frequente entre mulheres, que conseguem chegar à idade avançada.

Gráfico 3 - NÚMERO DE FILHOS



Conforme podemos observar estamos perante uma percentagem grande de entrevistados que não têm filhos (5), seguem-se 3 dos entrevistados com apenas 1 filho, 4 dos entrevistados com 2 filhos e 1 entrevistado com 3 filhos.

Quadro 4 - Tempo de Espera para Admissão LSF

TEMPO DE ESPERA	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
Imediato vagas protocoladas	3
imediato	4
1-2 meses	4
2-3 anos	1
4-5 anos	1

FONTE: Questionários sociodemográficos Tese Mestrado "As Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar":2015

Relativamente ao tempo de espera para admissão na ERPI, podemos verificar que existem muitas situações em que não houve tempo de espera por se tratar de idosos que eram já acompanhados por outras respostas sociais da SCMA, e que por razões que se prendem com o estado de dependência ou a ocorrência de acidentes, terem sido avaliados para uma resposta mais adequada às suas necessidades e passaram a ser prioritários na admissão de ERPI; uma outra situação são os idosos que integraram a ERPI através das vagas cativas da Segurança Social e que entraram também de imediato.

Quadro 5 - Tempo de Permanência no LSF

TEMPO DE PERMANÊNCIA	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
menos 3 meses	1
3 meses a 1 ano	3
2 - 5 anos	7
11 - 17 anos	2

FONTE: Questionários sociodemográficos Tese Mestrado "As Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar":2015

Como podemos verificar estamos perante situações muito diferenciadas, em termos de tempo de permanência na ERPI: o cliente que permanece há menos tempo apresenta 2 meses de institucionalização, mas em contrapartida dois dos entrevistados já ultrapassaram uma década de institucionalização.

A média apresenta-nos um tempo de 4,08 anos de permanência no LSF, efetivamente o maior número de entrevistados (7) apresenta-se entre os 2-5 anos, tempos mais frequentes de institucionalização em ERPI.

3. RESULTADOS

Recorrendo à análise de conteúdo das 13 entrevistas efetuadas aos idosos do LSF, podemos aferir que na primeira dimensão da investigação deste estudo, que é a abordagem às **razões que motivaram a institucionalização**, ou seja, os motivos que levaram os idosos ou as famílias a recorrer à institucionalização como recurso, foram as situações relacionadas com a Saúde as que mais “peso” tiveram na decisão, sobretudo quando se instalaram estados de dependência total:

“Tive um aneurisma de maneira que como tive um aneurisma vieram-me pôr num Lar, coisa que eu não aceitei” (...)” Sim, sim, tinham que me fazer tudo, dar de comer, tudo”. “Usava fraldas, era muito dependente dos outros””. E12,

“E na altura estava completamente dependente para tudo, usava fralda. (...) Vim para o Lar porque dei um grande tombo, caí para trás”. E9

Outras das razões, também na categoria Saúde, e que tem bastante peso na decisão de recorrer à institucionalização, é o aparecimento de doenças graves em que o idoso, após avaliação e diagnóstico médico, inicia um processo de necessidades de apoio individual, de enfermagem bem como de vigília permanente:

” Apareceu-me cancro no palato. Fui operada. O médico deu-me três anos de vida (...) O diagnóstico era muito mau”. E13

Também a idade avançada dos idosos (gráfico nº1) associada às doenças degenerativas que vão dando o seu “desgaste”, são razões apresentadas por alguns entrevistados na decisão de recorrer à institucionalização: perdem capacidades físicas e de bem-estar e procuram uma resposta que lhes proporcione acompanhamento e satisfação das necessidades básicas:



“O verdadeiro motivo foi a boa vontade da doutora, ao ver a minha filha doente, a minha mulher doente e eu doente. Éramos três doentes e não tínhamos ninguém em casa [para ajudar] razão pelo que a doutora fez pressão para a gente vir para aqui (...). Eu era o suporte da casa e fui-me abaixo (...).” E2

Existe um período de experiência em que a família se organiza após a perceção que o idoso já não pode “valer-se a si próprio” e precisa de ajuda a vários níveis. E em alguns casos a família pede apoio a instituições ou contrata alguém para os momentos em que ninguém da família pode prestar a ajuda necessária, mas o desgaste da organização e do apoio associado ao agravamento das necessidades, fazem com que recorram à institucionalização:

“ Só mais tarde, depois da queda que eu dei dentro de casa é que o meu filho achou que era bom eu vir para o lar.” E1

“ Fiquei acamada porque quando fui operada eu já andava com muitas dificuldades (...) ele [filho/cuidador] deixou de ter cuidados comigo (...).” E5

“Deitava-me em qualquer lado no chão, bradava e ninguém me acudia e depois fui para o hospital. (...). Quando vim para aqui vim no carrinho [cadeira de rodas].” E7

Avaliando o impacto dos testemunhos na categoria de existência de relações sociais antes e aquando da institucionalização, percebemos que em muitas situações tinham relações sociais diversas, com a família, com amigos que passaram a ser cuidadores:

“Fazia-me muita companhia, foi sempre muito boa”. E8 [a amiga era muito boa e ajudava em algumas tarefas, mas as suas necessidades alteraram-se, pelo que decidiu recorrer á institucionalização]

“Tenho sobrinhos, tenho primos, não quis ir para casa de ninguém. Preferi o lar. O meu pensamento foi sempre quando eu ficasse velha ia para um lar”. E13



Em alguns casos extremos a institucionalização acontece a pedido ou com consentimento do próprio, com ajuda técnica, judicial ou social, pelo facto dos idosos estarem a viver situações limite, que punham em risco a sua própria vida:

“Era o problema da neta [toxicodependente] (...) Batia-me à porta, pedia-me dinheiro e se eu não dava chamava-me nomes. (...). Agredia sim, mas era com palavras, chamava-me muitos nomes, mas agredir nunca me agrediu. (...) Eu de tão desesperada – pois agora é já! – tomei os comprimidos.” E6 [a idosa começou a ter medo da neta, e tentou suicidar-se]

“ Queria fazer pouco de mim. (...) A doutora lá de baixo soube logo de tudo. Eu disse-lhe.....ui... ele até me batia.”E10 [a idosa era abusada sexualmente pelo irmão, com quem vivia desde a morte da mãe de ambos]

Também na categoria frequência de outra resposta social podemos aferir nos testemunhos certa continuidade de acompanhamento e envolvimento técnico por parte das respostas sociais onde estavam inseridos. Focam a envolvência dos técnicos no acompanhamento e avaliação das necessidades, sempre com o idoso como principal ator deste processo. Tornando-se assim, esta avaliação e intervenção técnica, uma das causas da institucionalização:

“Na quinta de S. Miguel... e pronto lá as próprias doutoras também ajudaram que viesse para o lar.” E6

“Tinha, [apoio do SAD] do lar. Vinha duas empregadas de lá, iam à casa de banho lavar-me..... . Já precisava porque estava doente. (...) E8”

As nossas casas são o nosso “porto de abrigo”, quando escolhemos a casa para onde vamos viver nunca pensamos, “se um dia eu precisar de cadeira de rodas, ou se precisar de...”, mas podem traduzir-se numa “prisão de vida”. Na categoria habitação, na variável acessibilidades, os testemunhos são claros relativamente à razão pela qual alguns destes idosos tiveram de recorrer á institucionalização:



“Enfim, eu procurei ter uma casa agradável. (...). É um prédio com três andares e eu sou dono do último, mas já não posso subir escadas e não tem elevador. (...) A limitação da questão de um elevador na vida das pessoas. Destrói tudo.” E2 [três idosos, os pais com idade muito avançada e uma filha com deficiência, viviam num 3ª andar sem elevador, nenhum dos 3 podia vir á rua sem ajuda, a vida destas 3 pessoas estava dependente de terceiros para todas as suas necessidades básicas].

A casa de uma vida agora torna-se assim um impedimento para conseguir ir às consultas, fazer tratamentos de fisioterapia, impõe a necessidade de ter empregada para as compras, entre todas as outras limitações que é andar de cadeira de rodas e viver num prédio sem elevador. Tudo isto se resolvia se a capacidade económica permitisse a alteração da habitação, mas na grande maioria das situações destes idosos não existe essa possibilidade pelo que é mais uma das razões que leva à institucionalização:

“O problema é que [a minha casa] tinha uma escada por dentro e essa escada era perigosa para eu subir e descer. Mas eu ainda a subia (...) [mas após uma queda] eles [filhos] depois já não me deixaram ir para minha casa”. E4

Também as condições de habitabilidade são razão para não podermos nem conseguirmos viver com saúde e bem-estar, constituindo-se como uma das razões de procura de um local que possa proporcionar segurança aos idosos, o lar:

“A minha casa. Quando não estava arranjada só havia baratas e ratos”. E10

Constatou-se através dos testemunhos que a situação económica da maioria destes idosos é muito deficitária e quando se encontram perante necessidades acrescidas de serviços de apoio, medicação e despesas de manutenção da habitação, vêm-se obrigados a “usar as economias de uma vida”:

“Para ter outra [empregada] até à noite era um dinheirão. Não podia com tanto. (...) Eu tinha algum, mas enfim, foi-se gastando” E8

O problema agrava-se quando essas economias acabam e as pensões são baixas, e em especial as das mulheres que são a maioria, que nunca trabalharam ou poucos

descontos fizeram e que recebem a pensão mínima ou social que não dá para fazer face às despesas. Aí surge a necessidade de procurar uma resposta para estas situações que passa muitas vezes pela institucionalização.

Numa segunda dimensão procurou-se abordar testemunhos dos idosos no sentido de compreender as **suas vivências no decurso do processo da institucionalização**. Esta, é uma fase muito importante e crucial para uma boa integração na resposta social, onde muitas emoções estão presentes.

Muitos artigos e autores referem que a identidade do idoso fica comprometida quando este integra um lar de idosos. Contudo, os testemunhos recolhidos sugerem que a relação com as suas cuidadoras formais é marcada por alguma afetividade:

“Sim, sim. Deixaram-me sempre ter tudo ao meu jeito” (...). E1

“Acho que elas [as ajudantes de lar] são muito queridas para mim, acho que me respeitam muito”. E9

Torna-se muito importante, na fase de integração, auscultar o idoso, quanto às suas expectativas face ao que espera da vida no lar. Conhecer a sua história de vida e com alguns idosos, conseguir adaptar algumas atividades que lhe restituam o sentimento de continuidade e de utilidade social.

Esta fase requer por parte da equipa técnica algum empenho e dedicação para que o idoso se sinta acolhido e acompanhado. É importante o idoso ser apresentado ao coletivo, ser recebido pela equipa multidisciplinar do lar, para suavizar o impacto associado á entrada, bem como para elaborar um plano de integração.

Das vivências dos nossos entrevistados nesta fase de integração, que conforme podemos verificar no quadro 4, para alguns já passou há muito tempo, enquanto que para outros tem apenas alguns meses e por isso ainda está bem “fresca “na memória. Para alguns idosos, aqueles para quem a institucionalização já fazia parte dos

“horizontes” e por isso aconteceu por vontade própria ou foi negociada com o próprio, esta mudança foi encarada de forma positiva:

” Quando entrei para cá para o lar, fiquei a olhar para tudo senti-me bem. Gostei. (...) Fiquei tranquila, contente, aqui tratam-me bem”. E10

“Achei tudo muito bem. Integrei-me bem e estou a integrar-me bem” (...). E9

“Senti-me muito satisfeita. Muito feliz porque davam-me muito trabalho, ficava até à meia-noite na lavandaria e trabalhava com gosto”. E13

Constámos, contudo, que para alguns idosos foi difícil a aceitação, porque a necessidade de institucionalização estava associada a uma razão que não aceitavam, nomeadamente quando se tratava de pessoas que ainda não tinham atingido a idade cronológica dos 65 anos e por isso ainda não se consideravam idosos, mas para os quais, por motivos vários, a resposta de lar é a existente:

” Nunca aceitei ter vindo para um Lar, para mim foi uma tristeza muito grande ter vindo para um Lar. (...) Isto é bom para pessoas de idade porque tratam bem as pessoas, têm a comida a horas, agora eu não sou (...) Vim para aqui com 50 e tal anos, tenho 65 e estar aqui enfiada num Lar” (...). E12 [sofreu um aneurisma que a deixou completamente dependente de terceiros para todas as atividades de vida diária].

Apesar das necessidades serem as mesmas ou muito semelhantes às de alguns idosos em lar, por vezes são integrados em lar pessoas que não têm a idade cronológica para serem considerados idosos, mas cujas necessidades assim o exigem, tratando-se de situações temporárias ou definitivas.

A existência de regras em lar surge muito associada ao cumprimento de horários, os das refeições em particular, momento muito apreciado pelos idosos, pelo que relativamente a esta regra existe em geral concordância:



“Acho que devia haver até mais [regras] (...) porque antigamente no refeitório ninguém entrava antes da hora”. E13

Toda a estrutura tem as suas regras de funcionamento, mas a flexibilidade é um fator a ter em conta, assim como a negociação, para que o idoso se sinta parte integrante dessa solução:

“Deixaram-me sempre ter tudo ao meu jeito”. E1

“Quando quero como, quando não quero não como”. E4

“Deram-me o privilégio de poder chegar a qualquer hora.” E11

A partilha de quarto levanta por vezes algumas dificuldades que advêm de vários fatores como, diferentes hábitos, valores, costumes e modos de vida, que dificultam a partilha de um espaço íntimo como é o quarto:

“ Como ela já é proprietária daquilo [quarto], eu estou sempre com um bocadinho de receio para não incomodar, mas dou-me bem. (...) Só me sirvo da casa de banho de manhã e depois nunca mais volto, senão á noite”. E4

“ Eu andava a pedir um quarto sozinha. (...). Dava-me mal com as colegas [de quarto], porque a mentalidade é outra, a raça é outra. (...)”. E13

A partilha do quarto é uma questão muito importante na gestão do bem-estar dos idosos, podendo gerar uma difícil integração ou mesmo despoletar situações de depressão e angústia ou, pelo contrário, quando se estabelece uma boa relação, pode dar origem a cumplicidades e ajudas:

“ O meu quarto era melhor, muito confortável, mas aqui estou bem. (...) na companhia da Helena, estou bem, gosto muito dela, sou a irmã mais velha. (...) eu tenho 94 e ela tem 88, parece-me (...)”. E8

Constatámos nos testemunhos alguns constrangimentos ao nível da intimidade, devido a serem apoiados em tarefas íntimas como o banho ou a muda da fralda, por colaboradores do sexo oposto:

“Eu não estou habituada a um homem dar-me banho”. E9

“A coisa que me custou muito a habituar e que agora já me habituei foi a tomar de banho por homens e a por fraldas por homens. Mas agora já me habituei”. E4

Este sentimento é mais identificado por parte das mulheres, habituadas a serem elas as cuidadoras dos filhos e dos pais e agora serem as próprias a expor a sua intimidade.

Na terceira dimensão **perspetivas/experiências atuais**, a abordagem das questões incidu sobre as perspetivas dos idosos sobre a vida em lar, em que na categoria relações dentro da ERPI, constatamos que existem idosos que desenvolveram novas relações:

“Eu criei amizades, mas não digo, o trato é diferente (...). Não digo a elas: Ah, eu sou seu amigo”. E2

As relações que se estabelecem vão ao encontro de maneiras de ser e estar, que surgem de partilha de histórias de vida, de desabafos, de cumplicidades ou de paixões entre os idosos:

“Ela gosta muito de mim e eu gosto muito dela (...) ela também é um bocadinho surda, é preciso estar a gritar de maneira que às vezes há confusão nisso. Mas, em todo o caso, damo-nos bem. Então quando ela não está eu ponho [a televisão] mais alta, quando ela vem ponho mais baixo”. E8

“Apanhei aquela sócia. Aquela que está sempre sentada ao pé de mim. (...) A outra era melhor que esta, era só comigo e com ela, mais nada. O que a gente dizia um ao outro era só para os dois, mais nada, não havia ali mais conversas”. E7

Na categoria de saúde e bem-estar, constatamos a partir dos testemunhos recolhidos que o acompanhamento 24 horas faz com que se sintam mais tranquilos, que sempre que precisem têm a quem recorrer:

“Estar acompanhada ...só isso me dá uma paz”. E6

“A gente dói-lhe um dente, está aflito com dores e toca à campainha...aqui temos logo alguém ao lado que vem e pergunta o que é que se passa?” E11

Na categoria relações externas, os testemunhos dos entrevistados são diversos, as relações com a família e amigos são um pilar importante de qualquer ser humano, manter essas mesmas relações é motivo de satisfação e aconchego para os idosos:

“Continuo a partilhar com eles [idosos do centro de dia que frequentava] (...) do centro, todas as semanas me telefonam. (...) Ah sim, amigos tinha. Vêm cá visitar a D..., e ainda foi anteontem, salvo-erro, que cá vieram 3 vizinhas visitar.” (...) E6

A inexistência dessas relações externas causa tristeza ao idoso, que manifesta o seu desagrado:

“Não, não, não, nunca me vieram cá ver. Tenho uma minha prima que é da parte da minha mãe, essa minha prima só me veio cá ver uma vez. Tenho um tio que gostava muito, gosto muito dele, que é o meu tio Cassiano, mas ele está a residir em Évora, nunca me veio ver e telefona-me muito pouco. (...) Gostava de ter mais visitas, ter mais contacto: Oh mãe, como estás? Estás bem? Precisas de alguma coisa? E eu não tenho isso”. E12

Relativamente aos aspetos negativos da vida em lar, referidos nos testemunhos recolhidos, foram os seguintes:



"Sinto que elas [ajudantes de lar] não têm um bocado de carinho pelo doente, respondem mal (...)".E3

" Parece que a roupa, a roupa que não vem [a demora da roupa na lavandaria, bem como as trocas]". E3

"Só o barulho é que fazia muita confusão, agora já não é tanto vou-me habituando".E4

"Só não gosto de uma coisa, dos gritos, de gritarem". (...) E5

"Um aspeto negativo é só estar fora da família, mais nada" (...). E6

"Uma das coisas más que eu acho aqui no lar é porem as televisões altas (...)". E12

"Os empregados falam alto, gritam. Acho que devia haver mais moderação". E13

Alguns dos entrevistados queixam-se do barulho, é um bem precioso que temos quando vivemos nas nossas casas, pois é controlado por nós. Em lar os momentos de silêncio são escassos, acrescido do facto das televisões também estarem com o volume alto para que os que sofrem de surdez possam ouvir.

Acrescido a tudo isto também os colaboradores perdem a noção do tom de voz, ou para que sejam ouvidas, ou por falta de consciência. Relativamente ao carinho por parte dos colaboradores/ajudantes de lar, nem todas as pessoas têm perfil para trabalhar nesta área, daí ser muito difícil recrutar colaboradores para estas funções.

Um dos serviços complicados de gerir em lar é a gestão da lavandaria, porque a roupa dos utentes tem de estar devidamente marcada com o seu nome, porque houve engano na arrumação ou mesmo porque se estragou alguma peça na lavagem, tudo isto pode atrasar a entrega da roupa ao idoso. Nesta fase da vida os idosos são muito desconfiados, pelo que com frequência consideram que lhes roubaram as suas roupas.

No entanto, os idosos também referem aspetos positivos da vida em lar nomeadamente:



"Estar acompanhada (...) só isso me dá paz (...)". E6

"Gostar de estar aqui (...)". E7

"A alimentação é muito farta (...) aqui está-se bem. Eu vi vários lares, e o que gosto mais é aqui". E9

"sinto-me segura sim, porque eu aqui dentro [do lar] não ando com bengala".E12

"O lar tem muita coisa boa, basta termos assistência, (...) comida a horas, enfermeiros "(...).E12

"Para quem não tinha casa, para quem não tinha para onde ir(...)".E13

Alguns dos nossos entrevistados referem como aspeto positivo, o estar acompanhado e, de facto, podemos verificar na caracterização sociodemográfica dos entrevistados que a maioria está viúvo, ou solteiro, e muitos não têm filhos, pelo que a solidão ou o medo de precisar de ajuda, pode ter sido uma das razões que os levaram á institucionalização.

Referem como aspetos positivos a segurança, a alimentação e a assistência na saúde, serviços que os deixam satisfeitos, bem como a possibilidade de ter onde ficar.

Este lar pelo facto de integrar situações sociais sinalizadas pela segurança social, surge como a possibilidade de alguns idosos poderem ver garantidos alguns dos seus direitos fundamentais, bem como a promoção da dignidade humana.

4. CONCLUSÕES FINAIS

Portugal tem atualmente o fenómeno do envelhecimento por enfrentar, em que cada vez mais se reflete e comprova as idades avançadas dos idosos na nossa sociedade.

Os grandes avanços da medicina, as terapias eficazes, todo um conjunto de fatores que melhoram a nossa qualidade de vida, tais como as de higiene e nutrição, melhores condições habitacionais, educacionais e no ambiente de trabalho, que permitem a proteção às agressões e aos riscos para a saúde, permitem que desde a primeira infância adquiram estilos de vida mais sustentáveis, contribuindo para a longevidade.

Em 2011, através dos Censos podemos constatar que Portugal apresentou um índice de longevidade de 79,2 anos (80,57 para as mulheres e 74 para os homens). A Sociedade Portuguesa apresenta-se como uma sociedade envelhecida e que se avizinham problemas de sustentabilidade, uma vez que os nascimentos são cada vez menos e os que atingem idades avançadas são cada vez mais.

As razões do envelhecimento da sociedade portuguesa não se devem só à longevidade dos nossos idosos, mas também às vagas de emigração a que fomos sujeitos em várias décadas no passado século, e a que voltamos a assistir hoje em grande escala, que comprometem essencialmente as estruturas etárias intermédias e que se devem a múltiplos fatores, mas essencialmente a fatores económicos.

Uma outra razão associada é a quebra da natalidade, decorrente de diversos fenómenos, como a redução de nupcialidade, os casamentos tardios, a participação da mulher no mercado de trabalho, que constitui uma emancipação e uma prioridade para muitas mulheres. Também a difusão dos métodos contraceptivos os encargos sociais acrescidos com a educação das crianças são hoje fatores que têm grande peso na decisão de ter mais filhos. Temos hoje uma inversão da pirâmide etária, em que por um lado temos menos nascimentos, mas por outro temos idosos cada vez mais idosos e dependentes com uma longevidade nunca antes vista.

As famílias alteram-se na forma e no conteúdo, os tempos de cuidar que eram tradicionalmente entregues às mulheres, bem como da manutenção da família e de todos os cuidados aos seus membros, começa a diminuir devido ao tempo em que as mulheres estão fora do seio familiar fruto das suas novas funções profissionais.

A necessidade de procurar alternativas de cuidar leva a que as famílias tenham muitas vezes de recorrer ao apoio das respostas do Estado, partilhando assim a responsabilidade desta nova realidade, não ficando apenas a família como único suporte.

A Institucionalização em lar de idosos surge, assim, como uma das respostas à problemática do envelhecimento. À medida que a saúde das pessoas idosas se vai deteriorando aumenta a procura de cuidados a longo prazo, cuidados que em muitos casos já não são possíveis de prestar nem no seio familiar nem no quadro de outras respostas sociais.

Esta Dissertação de mestrado teve como objetivos compreender as perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar, nomeadamente relativos às:

- razões que motivaram a institucionalização;
- vivências no processo da institucionalização;
- perspetivas/experiências atuais.

Sendo o LSF, um lar pertencente a uma IPSS de abrangência Distrital com preferência concelhia, acolhe idosos com vivências muito diversificadas. Tem uma capacidade de integração de 85 utentes, dos quais 22 são sinalizados pela tutela do acordo de cooperação (ISS), isto é, casos em que a segurança social tem de intervir, por vários motivos, entre os quais negligência, abusos, abandono e isolamento, entre outros.

Existe ainda 3 vagas da emergência social, casos sociais que necessitam de ser acolhidos temporariamente até à resolução dos motivos que deram origem à necessidade de institucionalização, estes também sinalizados pelo ISS.

As restantes vagas, 60 são ocupadas por idosos já utentes da SCMA nas valências de centro de dia ou serviço de apoio domiciliário, e que após avaliação da equipa da 3ª Idade, constituída pelas diretoras das várias respostas sociais para idosos da SCMA, da família e do idoso, for identificada a necessidade de integração em ERPI, bem como por idosos do concelho que apresentem as prioridades de integração referidas em Regulamento Interno de ERPI da SCMA.

Apesar de se tratar de um estudo exploratório, pela reduzida dimensão da amostra considerada, as respostas dos nossos entrevistados sugerem que existem diferentes razões que motivaram a institucionalização. Assim as situações de saúde que criam dependência impossibilitando a permanência no domicílio sem apoio 24 horas, apoio privado difícil de suportar financeiramente por alguns idosos, problemas de segurança pessoal de que alguns idosos são “vítimas”, fruto da crise económica que o país atravessa e que origina que familiares próximos se aproveitem das pensões dos idosos para seu benefício, tornando-se agressivos, são alguns dos fatores identificados que conduziram à necessidade de institucionalização.

As condições habitacionais são também uma das razões da institucionalização. O concelho da Amadora é constituído por muitos prédios sem elevador, que se tornam autênticas “prisões” para idosos com dificuldades de locomoção, originando que toda a ajuda tenha de vir do exterior. As próprias características das habitações, nomeadamente as casas-de-banho com banheira, sem espaço de movimentação e com portas a abrir para dentro, são espaços que potenciam grandes acidentes, impondo a necessidade de institucionalização, bem como as condições de insalubridade que algumas habitações apresentam, originadas pela falta de higiene e cuidados que o idoso já não tem capacidade para manter, ou mesmo a falta de saneamento básico que origina ratos e pulgas, proporcionando ao idoso uma vida sem conforto e piorando por vezes o seu estado de saúde.

Outro fator que pode ser determinante para a procura da institucionalização é a falta de relações sociais determinantes de apoio, decorrentes do facto de alguns idosos não terem filhos, ou terem apenas um, como podemos verificar pela caracterização

sociodemográfica dos entrevistados. A inexistência de alguém próximo que preste apoio, como filho/a, nora/genro, netos, familiares de linha direta aos quais é dada essa responsabilidade, deixa estes idosos mais isolados e vulneráveis. Nos casos em que existe um filho, inicia-se muitas vezes o processo de desgaste quando as necessidades do idoso começam a aumentar, e tais necessidades se revelam incompatíveis com uma vida profissional ainda ativa, ou no caso de idosos com filhos também já idosos, com a falta de capacidade física para prestar um apoio muito exigente.

Na falta, ou mesmo quando existem relações determinantes de apoio, muitos idosos recorrem às várias respostas sociais existentes: centros de dia, serviço de apoio domiciliário, centros de convívio, grupos recreativos, entre outros, sendo em alguns casos os técnicos dessas mesmas respostas a orientarem ou alertarem a família ou o idoso para a necessidade da institucionalização.

Outra razão que pode estar associada à institucionalização, é a falta do cônjuge, como podemos constatar também na caracterização sociodemográfica, em que predomina o estado civil de viuvez, seguido de solteiro, podendo esta condição estar associada à falta de alguém que ajude, dê segurança e combata o isolamento, fatores predominantes nesta fase da vida.

Foram referidos aspetos negativos e positivos da vida em lar. Para alguns idosos a resposta em lar parece oferecer o ambiente de segurança e cuidados de que necessitam, sobretudo para os mais isolados e doentes/dependentes, mas o facto de estarem isolados e dependentes não significa que qualquer resposta sirva e na verdade os entrevistados revelam que é importante dar atenção à qualidade da resposta. A partilha de quarto é por vezes motivo de mau estar, depressão, isolamento e insatisfação, que leva a um desconforto e recusa pelo lar, ou como podemos verificar pelos testemunhos criam-se laços de interajuda, amizade e cumplicidade, que são motivo de bem-estar.

Concluindo, a institucionalização deve ser a última das hipóteses no acompanhamento e apoio aos idosos, pelo que, como podemos constatar no quadro 4 o tempo de espera para integração em lar, predomina os casos urgentes e de situação limite, indicador que devem as organizações efetuar um acompanhamento personalizado

até à institucionalização, para que esta não seja um tempo demasiado longo nas suas vidas, que no caso em estudo a média ronda os 4 anos (quadro 5).

Estes resultados têm algumas implicações para o funcionamento deste tipo de organizações em que o ponto central é a satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes, começa aqui na fase de integração o seu sucesso, ou seja, devem ser auscultadas as necessidades e expectativas do idoso de forma a poder corresponder em conformidade, bem como conhecer aspetos marcantes e importantes da sua vida, respeitando a sua identidade e privacidade.

A fase de integração em lar é muito importante, pois pode condicionar toda a “caminhada futura” dentro do lar. Um aspeto facilitador é a questão de ser consensual entre a família e o idoso a institucionalização ou mesmo, ser essa a vontade do idoso. Aqui começa um ciclo que para uns é aceitável e passível de ser vivido com alguma tranquilidade, para outros é o começo de algo a que nunca se vão adaptar.

O sentimento de bom acolhimento e acompanhamento são dois sentimentos muito apreciados, pelo que relativamente às regras de funcionamento e horários, bem como na partilha de quarto, deve existir uma flexibilidade, permitindo ao idoso um bem-estar com estas questões, pois transita da sua casa onde tudo está á sua “medida”, passando para um mundo de regras e horário. A partilha de quarto é um ponto muito sensível, o qual deve ser avaliado as vezes que forem necessárias, a pedido do idoso ou por avaliação técnica, pois alguns idosos têm dificuldade em se manifestar.

A qualidade dos serviços deve ser uma constante preocupação. Independentemente do motivo pelo qual os idosos tiveram de recorrer à institucionalização, será sempre uma etapa difícil das suas vidas e as equipas devem adaptar-se às realidades de cada idoso, tentando proporcionar a cada um o máximo nível de bem-estar possível.

As organizações devem acompanhar os ritmos de mudança das necessidades e expectativas dos idosos, estas vão sofrendo alterações ao longo do tempo, tanto ao nível dos que procuram esta resposta social pela 1ª vez, bem como aqueles que já frequentam a resposta há muito tempo e que vão alterando as suas necessidades.

BIBLIOGRAFIA

- ANDER-EGG, Ezequiel e IDÑEZ, Maria José Aguilar, (1997), Como elaborar um projecto - Guia para desenhar projectos sociais y culturais, s.l., Lumen Humanitas Editora;
- ALMEIDA, A. (2008), "A Pessoa idosa institucionalizada em lares- aspectos e contextos da qualidade de vida". Porto: Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- BERGER, Peter L. e Thomas LUCKMANN, (1999), "A Construção Social da Realidade", 1ª edição, Lisboa, Dinalivro;
- BILHIM, J. (2001), "Teoria organizacional, Estruturas e Pessoas" Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;
- BIZE, P.R e VALLIER, C. (1985) - "Uma vida nova: a terceira idade", 1ª edição, Lisboa/São Paulo, Verbo;
- BURGESS, Robert G. (1997), "A Pesquisa de Terreno - Uma introdução", Oeiras, Celta Editora;
- CAPUCHA, Luís, (2000), "Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção- Protecção contra o "risco de velhice" que risco?" Revista de Intervenção Social, disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3736.pdf>;
- CARRILHO, M.J. (1993) - "O processo de envelhecimento em Portugal: que perspectiva...?", in Estudos Demográficos, Lisboa, n.º 31, pp.75-98;
- CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro, (1998), "Metodologia da Investigação" Guia para Auto-aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta, p.46;
- CARVALHO, P., Dias, O. (2011), "Adaptação dos Idosos Institucionalizados", Millenium, 40:161-184;
- CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica, (1995), "As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar", Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª edição;
- CASTRO, S.(2010), "Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa: Um Olhar comparativo entre uma Instituição Pública e Privada", Porto: Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Letras da Universidade do Porto;
- FONTAINE, Roger, (1999), "Psicologia do Envelhecimento", Lisboa: Climepsi Editores;
- FERNANDES, A. (1997), "Velhice e sociedade", Oeiras, Celta, pp.14-18;

- FORTIN, Marie-Fabienne, (2003), "O Processo de Investigação", Loures, Lusociência;
- GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin, (1993), "O Inquérito Teoria e Prática", Oeiras, Celta;
- MAIA, Fernando, (1984), "O Fenómeno do Envelhecimento Demográfico e a Proteção Social da População Idosa", Lisboa, ISCSP;
- MANUAL de processos-chave, (2012), "Estrutura Residencial para Idosos", ISS;
- NEVES, H. (2012), "Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos- Estudo Tipo série de casos", Beira Interior: Dissertação de Mestrado em Gerontologia da Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde;
- NORMA PORTUGUESA, (2008), "NP EN ISO 9001", Instituto Português da Qualidade;
- OLIVEIRA, J., (2005), "Psicologia do Envelhecimento e do Idoso", Porto, Legis Editora/Livpsic;
- PAIS, JOSÉ MACHADO (2002), "Sociologia da Vida Quotidiana - Teoria, métodos e estudos de caso", Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais;
- PAÚL, C. & Fonseca, A. (2005), "Envelhecer em Portugal", Climepsi Editores;
- PEREIRA, V. (2013), "A Satisfação e a Qualidade de serviços e de Vidanas Instituições para Sêniores". Viseu: Tese de Mestrado apresentada na Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu;
- PINTO, Dora (2013), "Por Que Vão os Idosos Para lares?" Determinantes no Internamento de Pessoas Maiores de 65 anos em Instituições de Longa Permanência- Dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde, ISCP;
- QUIVY, Raymond e CAMPENHDOUT, Luc Van (1992), "Manual de Investigação em Ciências Sociais", Lisboa, Editora Gradiva;
- Revistas Kairós Gerontologia, São Paulo, 12 (2), novembro 2009: 119-33;
- ROSA, Maria João Valente, (2012), "O Envelhecimento da Sociedade portuguesa", Lisboa, Relógio D'Água;
- SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (1987), "Metodologia das Ciências Sociais", Porto, Edições Afrontamento;
- SOARES, Aldina e ANTUNES, Glória (2000), "Guia-Plano Avô", Ministério do Trabalho e da Solidariedade e Ministério da Economia, Edições Revista.



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

ANEXOS



Questionário de Caracterização Sociodemográfica

O presente Questionário de Caracterização Sociodemográfica enquadra-se na realização de uma investigação de Tese de Mestrado, sendo os respetivos resultados utilizados apenas e só para fins académicos.

É garantido o anonimato dos participantes, não devendo por isso assinar o questionário nem colocar a sua identificação em nenhuma das folhas. É igualmente garantida a confidencialidade de todos os dados.

A1. Género: Feminino ____ Masculino ____

A2. Idade: _____

A3. Profissão que exerceu: _____

A4. Estado civil: _____.

A5. Filhos? Sim ____ Não ____ se respondeu sim, quantos filhos tem? ____.

A7. Tempo de permanência na ERPI _____

A.8 Tempo de espera para admissão em ERPI _____

Data de Recolha dos dados: __ / __ / ____



UNIVERSIDADE DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS

Perspectivas dos Idosos sobre a Vida em Lar

Mestranda: **Teresa Margarida Alves Neto Abreu Matos**

Orientador Científico: **Professora Doutora Paula Campos Pinto**

Consentimento Informado

Dada a importância atribuída às questões ligadas à Institucionalização de Idosos em ERPI (Estruturas Residenciais para Idosos), consideramos pertinente a realização de uma investigação que tem como objetivo a dissertação de mestrado “Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar”.

Constitui-se como objetivo desta investigação a identificação e compreensão das perspetivas dos Idosos sobre a vida em lar, no sentido de perceber como é a vivência numa estrutura com estas características.

É nosso intuito descrever e compreender o percurso do utente desde a necessidade de integrar uma resposta desta natureza, até à sua integração efetiva.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar, os dados serão mantidos confidenciais e a entrevista é anónima, isto é, não será nunca usado o nome do/da entrevistado (a) nos textos que forem publicados ou em apresentações.



Esta participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento.

Tudo o que disser será estritamente confidencial, pois os resultados serão codificados.

A sua assinatura indicará que aceita participar nesta entrevista e se autoriza a gravação da mesma.

_____, ____ de _____ de 2015

(Assinatura do entrevistado)

(Assinatura da investigadora)

Muito obrigado pela sua colaboração



Quadro Síntese da Dimensão Sociodemográfica

Dimensões	Objetivos	Perguntas/Questões
<p>. Razões que motivaram a Institucionalização</p>	<p>.saúde</p> <p>.relações sociais</p> <p>.suporte social</p> <p>.económicas</p> <p>.segurança</p> <p>.prevenção</p> <p>.condições habitacionais</p> <p>.localização geográfica da residência</p>	<p>.Qual a(s) doença (s) e a implicação com a necessidade de institucionalização?</p> <p>.Havia limitação na realização das atividades de vida diária?</p> <p>.Que tipo de relações sociais tinha?</p> <p>- Ao nível da família: cônjuge, filhos, irmãos, sobrinhos?</p> <p>-Ao nível dos vizinhos e amigos?</p> <p>.Frequentava á data da institucionalização, ou alguma vez frequentou algum Centro de Dia ou de convívio? Ou outra resposta social?</p> <p>.Frequentava a igreja da sua paróquia?</p> <p>.Precisava de ajuda para fazer face às suas despesas todas, a sua pensão chegava para tudo?</p> <p>.Tinha medo de estar sozinha em casa?</p> <p>.Que tipo de medo:</p> <p>- ser assaltada?</p> <p>-de desmaiar ou sentir-se mal e não conseguir pedir ajuda?</p> <p>.Prefere fazer uma institucionalização antecipada, por avizinhar o agravamento da doença?</p>



		<p>.Por ter receio que quando necessitar mesmo, pode não haver vaga?</p> <p>.A sua habitação reunia condições de habitabilidade? Era acolhedora, com espaço e tinha condições para pessoas com limitações?</p> <p>.Situava-se perto de comércio e serviços, ou era isolada?</p>
Vivências no processo da Institucionalização	<p>.identidade</p> <p>.privacidade</p> <p>.Emoções (medos, ansiedades, descobertas)</p>	<p>.Considerou que era mais um número ou mais uma pessoa a precisar de ajuda?</p> <p>.Foi tratado(a) sempre pelo nome?</p> <p>.Mostraram-lhe o seu quarto?</p> <p>.E o lar no seu todo? Explicaram-lhe os locais comuns e as zonas de serviços?</p> <p>.Falaram-lhe um bocadinho do funcionamento e horários?</p> <p>.Ficou assustado (a) ou confuso(a)?</p> <p>.Achou que se ia perder nesta nova casa ou que se ia perder no mundo?</p> <p>.Percebeu/sentiu que tinham interesse (outros utentes e colaboradores) em cativá-lo(a) a gostar desta nova casa?</p> <p>.Tiveram em consideração alguns aspetos que tenha solicitado quando entrou? Lembra-se de algum?</p> <p>.Sentiu que perdeu a privacidade, pelo fato de partilhar o seu wc e quarto com outras pessoas?</p> <p>.Que sentimentos estiveram presentes nesta fase no lar? (que medos e ansiedades, exemplo)</p>



		<p>.Considerou que ao vir para o lar se ia isolar de tudo e de todos? Foi algo que pensou com medo ou alívio?</p>
<p>Perspetivas /Experiências atuais</p>	<p>.afetos</p> <p>.relações</p> <p>.cumplicidades</p> <p>.sentido de pertença</p> <p>.descoberta de novos interesses, gostos e capacidades</p> <p>.segurança</p> <p>.saúde e bem-estar</p> <p>.aspectos negativos e positivos</p>	<p>Criou novas amizades dentro do lar? Especialmente com quem? (Utentes, colaboradores, familiares de outros utentes)</p> <p>.Que relações estabelecem? De confiança, de desabafo, de amizade, de cumplicidade, de amor, de cortesia?</p> <p>.Identifica-se com alguém ou grupo, dentro do lar?</p> <p>.Existe um ou mais sítios que goste de estar? Porquê?</p> <p>.Sente-se confortável no espaço do lar?</p> <p>.Quando sai com amigos ou familiares, apetece-lhe voltar? Porquê? Quais os motivos?</p> <p>.Manteve, melhorou ou piorou as relações que tinha com familiares, vizinhos ou amigos depois de integrar o lar?</p> <p>. Sente-se tranquila pelo fato de saber que tem 24 horas alguém que o pode ajudar?</p> <p>.Isso dá-lhe tranquilidade?</p> <p>.Costuma sair? Para fazer o quê?</p> <p>.Gosta das atividades que o lar promove? Identifica-se?</p> <p>Já aprendeu ou ensinou alguém aqui no lar? O quê e quem?</p> <p>.Descobriu ou começou a gostar de alguma coisa nova depois de estar aqui? Qual?</p> <p>.A sua saúde e a manutenção da mesma melhorou pelo fato de ter profissionais da área da saúde, com maior regularidade a acompanharem a sua situação?</p> <p>.O lar contribui para o seu bem-estar? Identifique um aspeto positivo e outro negativo da vida em lar</p>