

Universidades Lusíada

Batista, Catarina Alexandra Fernandes, 1996-

**Processos de institucionalização da pessoa idosa :
adaptabilidade à nova realidade**

<http://hdl.handle.net/11067/6055>

Metadados

Data de Publicação	2021
Resumo	<p>Esta investigação consta de um estudo qualitativo que incide no processo de institucionalização das pessoas idosas, tendo por atenção as influências de fatores pessoais e pretendendo conhecer e compreender como ocorre a adaptação da pessoa idosa à nova realidade. O procedimento metodológico foi dedutivo uma vez que se partiu de um estudo geral da teoria para chegar a uma conclusão, em virtude da sua realidade. As técnicas de investigação empregues foram a análise documental e observação particip...</p> <p>This investigation consists of a qualitative study that focuses on the institutionalization process of elderly people, concentrating on the influences of personal factors as well as identifying and understanding how the elderly adapt to the new reality. The methodological process was deductive since it started from a general study of the theory to reach a conclusion, due to its reality. The investigative techniques employed were comprised of document analysis and participant observation, which s...</p>
Palavras Chave	Idosos - Assistência em instituições, Envelhecimento - Aspectos sociais, Serviço social com idosos
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:23:18Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Gerontologia Social

**Processos de institucionalização da pessoa idosa:
adaptabilidade à nova realidade**

Realizado por:
Catarina Alexandra Fernandes Batista

Orientado por:
Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva
Orientador: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar
Arguente: Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso

Dissertação aprovada em: 2 de dezembro de 2021

Lisboa

2021



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Gerontologia Social

Processos de institucionalização da pessoa idosa:
adaptabilidade à nova realidade

Catarina Alexandra Fernandes Batista

Lisboa

maio 2021



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Gerontologia Social

**Processos de institucionalização da pessoa idosa:
adaptabilidade à nova realidade**

Catarina Alexandra Fernandes Batista

Lisboa

maio 2021

Catarina Alexandra Fernandes Batista

Processos de institucionalização da pessoa idosa: adaptabilidade à nova realidade

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de
Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada para
a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientador: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Lisboa

maio 2021

Ficha Técnica

Autora Catarina Alexandra Fernandes Batista
Orientador Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar
Título Processos de institucionalização da pessoa idosa: adaptabilidade à nova realidade
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

BATISTA, Catarina Alexandra Fernandes, 1996-

Processos de institucionalização da pessoa idosa : adaptabilidade à nova realidade / Catarina Alexandra Fernandes Batista ; orientado por Duarte Gonçalo Rei Vilar. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - VILAR, Duarte Gonçalo Rei, 1954-

LCSH

1. Idosos - Assistência em instituições
2. Envelhecimento - Aspectos sociais
3. Serviço social com idosos
4. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Older people - Institutional care

2. Aging - Social aspects

3. Social work with older people

4. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1451.B38 2021

Como não poderia deixar de ser, dedico esta dissertação àqueles que sempre estiveram ao meu lado e me fizeram seguir em frente, dedico-a com toda a confiança que depositaram em mim:

Aos meus pais,

Aos meus avós,

À minha família,

E a todos os meus amigos.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho foi essencial a colaboração e o apoio de algumas pessoas, às quais gostaria de agradecer.

Ao Professor Duarte Vilar, meu orientador, por me ter acompanhado neste percurso, pela sua disponibilidade e, acima de tudo, por ter compartilhado os seus conhecimentos.

À minha família que me prestou um apoio incondicional e onde fui buscar a força necessária para avançar, essencialmente nos momentos de maior desânimo.

Ao Lar da região de Sintra o meu agradecimento pela sua colaboração que me proporcionou a possibilidade de ter acesso às pessoas idosas.

A todos os utentes que colaboraram neste estudo, um especial muito obrigado pelos seus imprescindíveis depoimentos, sem os quais não seria possível realizar este trabalho.

A todos os meus amigos e colegas pelo precioso apoio e colaboração prestados.

Por fim, um agradecimento a todos os que contribuíram de alguma forma para a concretização deste trabalho.

“Nós não paramos de brincar porque ficamos velhos, nós ficamos velhos porque paramos de brincar”

SHAW, G.B. (2021). *George Bernard Shaw : Nós não paramos de brincar porque...* Recuperado de URL:<https://www.pensador.com/frase/OTQ1NzY2/>

APRESENTAÇÃO

Processos de institucionalização da pessoa idosa- adaptabilidade à nova realidade

Catarina Alexandra Fernandes Batista

Esta investigação consta de um estudo qualitativo que incide no processo de institucionalização das pessoas idosas, tendo por atenção as influências de fatores pessoais e pretendendo conhecer e compreender como ocorre a adaptação da pessoa idosa à nova realidade. O procedimento metodológico foi dedutivo uma vez que se partiu de um estudo geral da teoria para chegar a uma conclusão, em virtude da sua realidade. As técnicas de investigação empregues foram a análise documental e observação participante que serviram, num primeiro instante, para a escolha dos entrevistados e, posteriormente, a utilização das entrevistas semiestruturadas de modo a saber as histórias de vida de cada pessoa idosa, dos utentes da instituição que serviram como base de análise. As referências teóricas de suporte assentaram nas contribuições de diversos autores como: Elizabete Freitas, Maria Irene Carvalho, Walz e André, Ana Paula Martins Gil, Maria Constância Paúl, entre outros. Os resultados mostraram que a institucionalização da pessoa idosa é influenciada por fatores pessoais, havendo uma ligação direta entre esses mesmos fatores na medida em que estes, normalmente, se conjugam e se articulam.

Palavras-chave: Idosos, Dependência, Envelhecimento, Rede Formal e Informal, Serviço Social e Envelhecimento, Gerontologia Social.

PRESENTATION

Institutionalization processes of the elderly – adaptability to the new reality

Catarina Alexandra Fernandes Batista

This investigation consists of a qualitative study that focuses on the institutionalization process of elderly people, concentrating on the influences of personal factors as well as identifying and understanding how the elderly adapt to the new reality. The methodological process was deductive since it started from a general study of the theory to reach a conclusion, due to its reality. The investigative techniques employed were comprised of document analysis and participant observation, which served, at first, for the choice of interviewees and, subsequently, the use of semi-structured interviews in order to know the life stories of each person, users of the institution that served as a basis of the analysis. Theoretical support references were based on the contributions of several authors such as: Elizabete Freitas, Maria Irene Carvalho, Walz & André, Ana Paula Martins Gil, Maria Constância Paúl, among others. The results showed that the institutionalization of the elderly people is influenced by personal factors, with a direct link between these same factors in how they come together and articulate with each other.

Keywords: Elderly, Dependency, Aging, Formal and Informal Network, Social Work and Aging, Social gerontology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Evolução e previsão da população idosa e jovem em Portugal, em %. (INE, 2002).	36
Ilustração 2 - Princípios da Segurança Social. (Ilustração nossa, 2021).	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Funções do assistente social em Instituições de cariz residencial	52
Tabela 2 - Caraterização Sócio-Demográfica das Pessoas Idosas entrevistadas.....	64
Tabela 3 - Aspetos positivos e negativos da adaptação ao lar	82
Tabela 4 - Relações familiares	83

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
- AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
- AVD - Atividade de Vida Diária
- ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
- IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
- MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos
- PARES - Programa de Alargamento de Rede de Equipamentos Sociais
- RNCCI - Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
- UE - União Europeia

SUMÁRIO

Introdução.....	23
1. Enquadramento teórico	27
1.1. A velhice e o envelhecimento	27
1.1.1. Componentes do envelhecimento.....	31
1.1.2. Dependência	34
1.1.3. Redes Sociais.....	35
1.1.4. Redes de suporte: formal e informal	36
1.2. O Serviço Social e o Envelhecimento	44
1.3. A institucionalização da pessoa idosa	48
1.3.1. O processo de Institucionalização da pessoa idosa	48
2. Proposta metodológica.....	55
2.1. Paradigma e justificação da escolha	55
2.2. Técnicas a utilizar e justificação da escolha	55
2.2.1. Observação Participante ou Etnográfica:.....	55
2.2.2. Entrevista de Profundidade (histórias de vida):.....	56
2.2.3. Análise Documental.....	59
2.3. Objeto empírico concreto.....	60
2.3.1. Amostra	61
2.4. Objetivos	61
2.4.1. Objetivos Científicos ou epistemológicos.....	61
2.4.2. Objetivos Sociais	61
3. Apresentação e discussão dos resultados.....	63
3.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Pessoa Idosa	64
3.1.1. Situação do idoso antes de vir para instituição	65
3.2. Caracterização do processo de institucionalização da pessoa idosa	71
3.2.1. Motivos de Institucionalização	71
3.2.2. Decisão de entrada na Instituição	72
3.2.3. Futura escolha habitacional	74
3.2.4. Razões da escolha da Instituição	76
3.2.5. Conservação Habitacional anterior	77
3.3. Tempo de institucionalização	77
3.3.1. Perceção da Mudança de Meio	79
3.3.2. Adaptação à instituição – Aspectos positivos e Negativos.....	80
3.3.3. Relação familiar.....	82

3.3.4. Em que medida está adaptado ao lar	83
3.3.5. Relação familiar – Atualmente	83
3.3.6. Sugestões dadas a Direção do Lar	84
3.4. O impacto do Covid-19 nos Lares de Terceira Idade	85
4. Conclusões finais	89
Referências	93
Apêndices	99
Lista de apêndices	101
Apêndice A	103
Apêndice B	107

INTRODUÇÃO

A Gerontologia, segundo Netto (*apud* Freitas *et al.*, 2006), nasceu em 1903 por Elie Metchnikoff e explica-se a partir das expressões gero (velhice) e logia (estudo), e neste sentido lato, esta ciência tem vindo a reconhecer-se, crescendo exponencialmente a sua clareza pública e política, em termos mundiais, já que enquanto espaço do saber especificamente comprometido com a velhice e com o envelhecimento, a Gerontologia tem como objeto de estudo adaptado à pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações, sendo, atualmente reconhecida como uma área curiosa e atrativa para estudos futuros (Paúl e Ribeiro, 2012).

A definição de um tema é fundamental na efetivação de uma investigação, não apenas pelo episódio de se construir como um ponto de partida, mas também pela relevância de delimitar uma área de interesse, através do recurso a um conjunto de referências teóricas que conduzem e conferem um sentido ao que se pretende investigar. (Ornelas, 2009)

No caso preciso desta investigação, e assumindo como tema “Processos de institucionalização da pessoa idosa: adaptabilidade à nova realidade”, e justificando-se necessário entender os trajetos vivenciados pelas pessoas idosas onde o processo de institucionalização surge, muitas vezes, como essencial, marcando o final de um ciclo e a entrada para uma nova etapa.

Por este motivo, a realização de uma investigação incidente na forma como ocorre a institucionalização da pessoa idosa e nas respetivas influências pessoais e de rede social que contribuíram para essa institucionalização, assume um interesse particular para o/a Serviço Social/ Gerontologia Social. Este deve investigar e conhecer a realidade do envelhecimento para uma melhor e mais qualificada intervenção precoce, não só ao nível da própria pessoa idosa como também da sua rede social de modo a que a institucionalização seja o último recurso viável. Neste sentido, o objetivo primordial do Serviço Social e da Gerontologia Social deverá ser a manutenção da pessoa idosa no seu meio natural, promovendo e fomentando a rede de suporte social da mesma. Encontramo-nos assim numa perspetiva sistémica, onde a pessoa idosa é vista não só como um elemento que está em constante interação com os restantes sistemas e onde o Serviço Social tem um papel fundamental.

Este papel deve-se ao facto do envelhecimento surgir como um fenómeno amplamente discutido nas sociedades modernas, encontrando-se aliado ao aumento da longevidade, encarado como uma conquista do Homem. No entanto, esta longevidade das pessoas, baseada no lema “viver mais e melhor” que deveria ser motivo de orgulho da humanidade, surge, muitas vezes, conotada como um problema social. (Ornelas, 2009, p. 4)

Para entender o envelhecimento não nos podemos cercar apenas de aspetos fisiológicos, por ser uma explicação rudimentar e redutora, mas sim integrar nele todas as modificações que não são de origem biológica e que se apresentam ao longo do tempo.

Compreender este processo é perceber, de forma extensiva, os aspetos individuais e coletivos da vida que atravessam por fatores genéticos, biológicos, físicos, sociais, psicológicos, sociológicos, económicos, ambientais e sobretudo, compreender a pessoa. Expomos trajetórias de vida que provêm da acção individual e que não só influenciam como orientam o desenrolar do processo de envelhecimento.

Deste modo, faz sentido falar de um envelhecimento distintivo uma vez que cada pessoa envelhece de um modo único, tendo em conta os seus modos de vida e o contexto em que se vive.

A evolução do envelhecimento da pessoa idosa, faz-se conduzir, habitualmente, pela vinda de redes de suporte social, quer sejam do tipo informal ou formal. É, neste seguimento, que cabe à família, como essencial cuidadora e que toca na esfera privada de todos nós, executar um papel essencial no apoio às pessoas idosas. Podemos dizer que os amigos e vizinhos aparecem também aqui, com um papel importante no suporte social informal da pessoa idosa, já que partilham o contexto habitual de vida.

No momento em que estas redes sociais informais não conseguem fazer frente às necessidades da pessoa idosa, aparece a institucionalização. Este é um método, que devido à modificação do seu meio natural, poderá ou não consistir numa vivência traumática para quem a experimenta e que resultará numa adaptação ou não ao novo meio.

Nesta sequência, no momento da institucionalização da pessoa idosa, o Serviço Social e Gerontologia Social tem uma parte igualmente essencial no seu recebimento e integração, proporcionando uma humanização dos serviços e espaços, em desvantagens de intervenções estandardizadas.

Na presença de estas considerações, a presente investigação baseia-se na seguinte pergunta de partida: “Como é que é a adaptabilidade de um idoso ao lar?”

Neste sentido, esta investigação teve como objetivos científicos ou epistemológicos:

- Saber quais os motivos da institucionalização da pessoa idosa
- Compreender a adaptação do idoso na ERPI.

Perante este intuito central decidiram-se como objetivos sociais:

- Melhorar a intervenção das/dos assistentes sociais, no processo de institucionalização das pessoas idosas;
- Contribuir para o bem-estar dos idosos assegurando a satisfação das suas necessidades durante a institucionalização;
- Contribuir para uma maior consciencialização das famílias, de forma, a que possa existir um maior envolvimento a nova realidade.

Desta forma, esta investigação aparece estruturada através quatro grandes capítulos: fundamentação teórica, modelo de análise, percurso metodológico da investigação e apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O primeiro capítulo é composto pelos cinco eixos de fundamentação teórica da investigação. Num primeiro momento fazemos uma reflexão teórica sobre os conceitos de velhice e envelhecimento e também as componentes do envelhecimento.

O ponto seguinte contempla a abordagem à dependência e aos vários graus que existem.

Em terceiro lugar vai-se falar sobre as redes sociais, mais propriamente a diferença entre a rede de suporte informal e formal.

O penúltimo ponto pretende contextualizar o processo de institucionalização da pessoa idosa que, assume um importante contributo para esta investigação, na medida em que é estabelecida uma análise a adaptação da entrada do idoso no lar.

O último dos pontos que constituem o capítulo consignado à fundamentação teórica da investigação pretende evidenciar a importância que o serviço social tem na temática da pessoa idosa e no processo de institucionalização e ela inerente.

No segundo capítulo desta investigação enuncia-se a proposta metodológica que é fundamental para a posterior recolha de dados.

No capítulo terceiro desta investigação, referencia-se a apresentação e discussão dos resultados da investigação, tendo por base a análise das entrevistas efetuadas a cinco pessoas utentes do Lar na região de Sintra.

Assim sendo, no quarto capítulo aparecem as conclusões finais da presente investigação, sendo apresentadas as principais conclusões referentes à investigação realizada sobre o tema “Processos de institucionalização da pessoa idosa: adaptabilidade à nova realidade”, finalizando assim os contributos da investigação relativa ao fenómeno escolhido para estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A VELHICE E O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento pode ser entendido como um processo progressivo e dinâmico, qualificado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. “Essas modificações determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte” (Carvalho *apud* Pina, 2013, p. 17).

Neste momento, o conceito de velhice diz-nos que esta é a última fase da vida, deste modo designa-se por idoso, o indivíduo que se encontra neste período de vida. “A fase da velhice coincide com a entrada para a reforma e está associada à perda de rendimentos e de identidade, uma vez que a atividade laboral é considerada como fator de integração social, mas também está associada ao isolamento, à solidão, à exclusão social e à perda de estatuto social” (Carvalho, 2013, p. 84)

A velhice não se deve definir por uma idade cronológica, mas sim por uma série de condições características da pessoa idosa: tais como as características físicas, funcionais, psicológicas e sociais. Esta etapa da vida com o passar do tempo possui certas dificuldades que se vão complicando, mas, ao mesmo tempo, reflete também uma série de potencialidades tais como: serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social (Ferrari *apud* Kuznier, 2007, p. 20).

Segundo Mishara e Riedel (1995) referem que a maioria dos investigadores do tema é unânime em destacar pelo menos “quatro critérios delimitadores de velhice: cronológico; psicobiológico; psicoafectivo e social.” (Mishara e Riedel *apud* Osório e Pinto 2007, p. 270)

1. **Cronológico:** A idade cronológica é a forma mais simples de definir a velhice. “As estatísticas sobre idosos fixam o início da velhice aos 65 anos, por ser a idade legal que coincide com a reforma.” Muitas investigações demonstraram-nos que a velhice não depende exclusivamente da idade do sujeito, mas pode depender também do seu estado de saúde, do seu estatuto económico e grau de instrução, bem como do sexo e do grupo étnico a que pertence.

2. **Psicobiológico:** A idade física e biológica tem a ver com as mudanças físicas ligadas à velhice, na maioria dos casos, estão associados à perda ou deterioração de faculdades.
3. **Psicoafetivo:** Está relacionada com os acontecimentos importantes ocorridos a partir de determinada idade e que afetam cognitivamente e afetivamente os indivíduos: a reforma, a morte do cônjuge, entre outros.
4. **Social:** Designa os papéis que os idosos deveriam desempenhar em sociedade e que, de certo modo, determinam o modelo de comportamento que se espera dos idosos.

Na altura em que predominava o modelo de família tradicional extensa e em que o envelhecimento populacional não era tão acentuado, a velhice aparecia associado à sabedoria, à experiência e a um elevado reconhecimento social. No contexto sociocultural moderno existe uma grande indefinição em relação a esta etapa da vida. A velhice era designada socialmente como a ausência de juventude. “A velhice era concebida como uma etapa vital dominada pelo declínio e pelo isolamento social” (Osório e Pinto, 2007, p. 271)

A geriatria é uma ciência que estuda a velhice a partir de conceitos predominantemente assistenciais, teve muita influência na construção dessa imagem estereotipada da velhice associada à inutilidade, à dependência e à tomada a cargo.

Na atual pirâmide etária começa a surgir outro protótipo de pessoa idosa, que remete para uma população reformada mais urbana, saudável, com um bom estatuto económico, bem integrada social e familiarmente e com um bom nível cultural e intelectual.

Segundo vários autores, dizem que “[...] o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade”.

O envelhecimento da população trata-se de um fenómeno de dimensão mundial, pois a OMS prevê que em 2025 irão existir cerca de 1,2 biliões de indivíduos idosos com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) integram o grupo etário de maior crescimento. Agora, é possível seguidamente analisar o verdadeiro conceito

de envelhecimento, bem como a idade e respetiva denominação que corresponde a cada uma delas.

É de extrema importância que a Sociedade em geral, e predominantemente os Assistentes Sociais, tenham os devidos conhecimentos relativos ao envelhecimento e os seus ramos, não só em Portugal, mas como noutros países.

Assim, “o envelhecimento está associado à ancianidade e refere-se ao modo como envelhecemos” (Carvalho, 2013, p. 3). Este é um processo complexo, dinâmico, que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte (Lima, 2010, p. 15). “O Processo de Envelhecimento pode ser explicado a partir do ponto de vista demográfico, da idade cronológica (ageing), da idade fisiológica e biológica, da idade psicológica e da idade cultural e social” (Carvalho, 2013, p. 3).

O envelhecimento tem três elementos: o envelhecimento biológico, a que se chama senescência (perdas progressivas das capacidades funcionais de forma normal); o envelhecimento social, relacionado com os papéis sociais que a sociedade perspetiva para essa faixa etária; e o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo, no processo de tomada de decisões e definição de opções para se adaptar ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots e Birren, *apud* Paúl, 1991).

Envelhecimento é um processo multifatorial de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Consiste num fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação.

O envelhecimento pode ser definido, por um lado, como o aumento do número de pessoas idosas na população e, por outro lado, como um processo contínuo de crescimento, desenvolvimento associado ao ciclo de vida, relacionado com as experiências dos indivíduos e com as possibilidades e desenvolvimento de determinada sociedade. O envelhecimento está associado ao modo como envelhecemos e à velhice (Carvalho, 2013, p. 5).

É reconhecido que “o estudo do envelhecimento é rico em dados e pobre em teorias, uma colecção vasta de informação desarticulada” (Birren *apud* Fonseca, 2006, p. 49). Por isso a procura de resolução de problemas concretos e não para a produção de quadros teóricos de compreensão do fenómeno do envelhecimento.

Segundo Paúl (1997) e Novo(2003) acredita que os factores psicológicos encontram-se necessariamente com os culturais, sociais e biológicos, os quais interagindo entre si acabam por definir a forma como cada género vive e envelhece.

Segundo Paúl (1997) o estudo do envelhecimento começou a ganhar uma posição científica sobretudo a partir da década de 80, quando surgiram os primeiros manuais com a regularização dos conhecimentos disponíveis sobre os idosos e sobre o processo de envelhecimento, tendo logo aí começado a perceber-se que uma visão pluridisciplinar do fenómeno era fundamental, embora com isso se perdesse a potencialidade teórica de emergência de um modelo explicativo, com uma linguagem única.

Fernández-Ballesteros (2000) é com esta base multidisciplinar que a gerontologia estuda os princípios biológicos, psicológicos e sociais da velhice e do envelhecimento. Concretizando Bengtson, Rice e Johnson (1999, apud Pereira, 2012) que os gerontologistas procuram explicar:

- O envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, sob os pontos de vista biológicos, psicológico e social;
- Os problemas funcionais dos idosos em termos da sua maior ou menor capacidade para levarem uma vida independente;
- A idade enquanto padrão de comportamento social.

Deste modo, Papalia e Olds (1992 apud Osório & Pinto,2007) utilizam moderadamente a expressão “envelhecimento” (“aging”) como tradução de um acontecimento desenvolvimental, escolhendo por falar quase exclusivamente em “idade adulta” (“adulthood”), que se dividem em três momentos: “idade adulta jovem”, dos 20 aos 40 anos; “meia-idade adulta”, dos 40 aos 65 anos; “idade adulta tardia”, dos 65 anos em diante. Estes autores afirmam, especificamente, que se torna difícil traçar uma linha de delimitação entre o fim da meia-idade adulta e o início da idade adulta tardia, dado que à idade real não corresponde necessariamente uma idade percebida. A este desígnio, Birren e Schaie (1996) assinalam que a tendência geral foi, durante muito tempo, para conceituar a expressão “aging” como equivalente a “velhice” ou referente às mudanças que se produzem “durante a velhice”, apenas a partir dos anos 70, com a emergência das perspectivas inspiradas na psicologia do ciclo de vida, o termo “aging” conquista o

significado mais amplo de “envelhecimento” e manifesta-se essencialmente referido à ocorrência de mudanças avançadas no decurso do envelhecimento, ou seja, “após a idade adulta jovem”.

Segundo o MTSS, na sua carta social de 2009 o envelhecimento da população é uma realidade na generalidade dos países desenvolvidos e apresenta-se como um desafio social e económico da maior importância para os Estados Membros da União Europeia (UE). Atualmente, verifica-se um contexto de diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança média de vida ou da longevidade dos cidadãos. A conjugação destes dois fatores ao nível dos países desenvolvidos, fará com que a sociedade do futuro seja cada vez mais envelhecida.

O fenómeno do envelhecimento populacional é também em parte uma consequência dos avanços nos sistemas públicos de proteção social, através de uma melhor redistribuição da riqueza intergeracional e de uma melhor cobertura na prestação de serviços as pessoas dependentes. “Portugal, é um exemplo claríssimo disso. Quando os nossos idosos ficavam entregues a família não chegavam, em regra, aos níveis de envelhecimento que são hoje comuns. Em Portugal, como no resto das sociedades europeias, à medida que o Estado e um conjunto de atores que nele colaboram se organizam para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente” (Capucha, 2006).

Em Portugal continua a subsistir um modelo misto de solidariedade na velhice e na dependência. Embora em processo de mutação progressiva, a rede informal ancorada na família ou vizinhança, continua ativa não existindo ainda, como noutros países, um problema de solidariedade intergeracional.

1.1.1. COMPONENTES DO ENVELHECIMENTO

Em conformidade com Schroots e Birren (1980), o processo de envelhecimento apresenta três componentes:

- Uma componente biológica (senescência), que reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer;
- Uma componente social, referente aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário;

- Uma componente psicológica, definida pela capacidade de autorregulação do indivíduo face ao procedimento de senescência.

Neste seguimento, cada uma das componentes será amplificada de acordo com as diferentes influências de desenvolvimento que as pessoas sofreram durante a vida.

Deste modo, conscientes que existem fatores biopsicossociais relacionados com a própria pessoa e com o meio onde este se insere, faz-se necessário refletir sobre elas de modo a obtermos uma melhor compreensão sobre os diferentes contextos da vivência humana.

O envelhecimento biológico, é um processo cujas repercussões são visíveis, mas do qual o mecanismo interno permanece desconhecido, revestindo-se o seu estudo de uma especial complexidade do ponto de vista metodológico. Um dos aspetos de investigação mais promissores no domínio do envelhecimento biológico, referido por Schroots (1995) e Birren e Schroots (2001), propõe a existência de uma dinâmica do envelhecimento, ou “gerodinâmica”, que estuda a organização do comportamento ao longo do ciclo de vida segundo uma perspetiva gerontológica. “A gerodinâmica inspira-se na teoria geral dos sistemas, na segunda lei da termodinâmica e na teoria do caos de Prigogine, prevendo a existência de pontos de bifurcação em que é impossível determinar previamente qual a direção da mudança, ou seja, se vai no sentido do caos e da desintegração do sistema, ou se evolui no sentido de uma ordem superior de funcionamento, mais complexa e diferenciada.” (Fonseca, 2006, pp.57-58)

A gerodinâmica procura, explicar o envelhecimento com base no acontecimento de uma série de mudanças intrínsecas ao próprio indivíduo que levam ao enfraquecimento das suas capacidades e recursos, acabando por conduzi-lo à morte.

Para Yates (1993), o envelhecimento é definido como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado sob o ponto de vista ambiental, deixando para trás resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrências de doenças e outras situações de instabilidade dinâmica que, por fim, resultam na morte.

O envelhecimento não é só uma questão biológica, é também uma questão social. De entre os autores portugueses, podem salientar-se Fernandes (1997) e Lima e Viegas (1988), que caracterizam a velhice impugnando-se precisamente à sua redução a um

mero processo biológico. Para estes autores, o envelhecimento deve ser entendido como um conceito referido à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, como uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica. Inclusive sob o ponto de vista biológico, o envelhecimento deve ser encarado sempre relativamente às mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo em diferentes indivíduos, podendo existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000). Encontramo-nos, por isso, de acordo quer com Hayslip e Panek (1989), que defendem ser o conceito “envelhecimento” melhor compreendido como um processo contínuo, naturalmente segmentado em estádios particulares e mutuamente exclusivos, quer com Schroots e Yates (1999), que aconselham uma ligação íntima e dinâmica entre envelhecimento e desenvolvimento.

Segundo Birren e Schroots (1996) esclarecem esta divisão recuperando os padrões de envelhecimento chamados de “primário” e “secundário” por Busse em 1969 acrescentam um novo padrão, o envelhecimento “terciário”, caracterizam-se do seguinte modo:

- ✓ Envelhecimento primário: corresponde ao conceito e à imagem que tradicionalmente fazemos do envelhecimento, ou seja, algo que sucede naturalmente com a passagem da idade;
- ✓ Envelhecimento secundário: quer dizer que é encarado como as mudanças causadas pela doença e o envelhecimento como pólos de uma linha contínua e não necessariamente como processos coincidentes;
- ✓ Envelhecimento terciário: são mudanças que sucedem de forma precipitada na velhice, o que sugere a possibilidade de existência de um envelhecimento rápido, ocorrendo numa dada fase da velhice e que avança rapidamente para a morte.

O episódio do envelhecimento é uma característica comum a todas as formas de vida, existindo para cada espécie uma duração máxima de vida. Antes de atingirem esse limite, existe um período de envelhecimento de evolução desigual e de duração variável com a espécie (Ermida, 1999).

1.1.2. DEPENDÊNCIA

Um dos fatores da institucionalização dos idosos é a dependência que tem vindo a ocupar pouco a pouco um lugar central nas questões da população. Todos nós sentimos a conveniência de estar no controle dos eventos e situações da nossa vida, de preferência os que afetam o nosso bem-estar, os nossos objetivos e os nossos ideais. Durante toda a nossa vida, da infância até a velhice, estão presentes o desempenho da autonomia, a condição de dependência e independência.

“O conceito de dependência é construído neste contexto. Na sua génese entra, por um lado, a noção de incapacidade (conceito das ciências médicas) e, por outro, a noção de risco de perda da autonomia, associando ambas à velhice, no que pode ser entendido como uma relação implícita, mas não provada, de causalidade.” (Quaresma, 2004, p. 38). A definição de dependência exige uma definição de autonomia e de perda de autonomia, que facilite a medida das perdas em função de parâmetros e com objetivos pertinentes, o que tem formado um problema maior. No entanto, a articulação entre os dois não resulta necessariamente numa relação dicotómica, como prova o próprio saber e a sabedoria sobre os processos de desenvolvimento humano. Segundo a autora Maria de Lourdes Quaresma refere-nos que o conceito de dependência “é uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social às pessoas que precisam de ajudas, nas atividades quotidianas, para satisfação das suas necessidades básicas.” Segundo o Decreto-Lei nº 265/99, de 14 de julho, artigo 3º, considera-se dependente, “os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem”. Também presente na legislação “consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”. No entanto, o nível de dependência não é sempre o mesmo. No Decreto-Lei nº 265/99, de 14 de julho, artigo 4º, estão presentes dois graus de dependência, nomeadamente:

- 1.º Grau - indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal;

- 2.º Grau - indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Como “necessidades básicas da vida quotidiana”, entende-se também as “atividades de vida diária (AVD’s)”, que se subdivide em:

- a) Atividades básicas da vida diária - ABVD: incluem cuidados com a higiene pessoal, vestir, alimentar-se, mobilidade;
- b) Atividades instrumentais da vida diária - AIVD, indicativas da capacidade para levar uma vida independente no seio da comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer compras, utilizar meios de transporte, administrar os medicamentos, gerir os rendimentos, etc. (Liberal, 2012)

“Não há pessoas dependentes, mas sim, pessoas com situações de dependência” (Quaresma, 2004, p. 41). As ocorrências de maior ou menor dificuldade, ou forte dependência no dia a dia da vida quotidiana, não ocorrem forçosamente na velhice.

1.1.3. REDES SOCIAIS

Segundo a autora Daniela Figueiredo, para muitos idosos, a rede social é sinónimo de família, sendo os vínculos constituídos essencialmente por familiares multigeracionais. Frequentemente se assume que são estas redes familiares que dão resposta às necessidades do idoso. “Obviamente, alguns idosos têm redes sociais mais diversificadas, onde os familiares coexistem a par de outro tipo de vínculos.” (Figueiredo, 2007, p. 59)

Existem também idosos cujas redes sociais pessoais não contemplam qualquer familiar, seja porque nunca casaram seja porque nunca tiveram filhos ou irmãos, ou em resultado de conflitos e afastamentos que marcam as relações familiares. Nestes casos, as redes sociais são pautadas por relações de não parentesco (amigos, vizinhos e conhecidos).

A autora argumenta que, à medida que as pessoas envelhecem, tendem a desinvestir em relações que sentem menos importantes. Contudo, há que salientar que a partir dos 80 anos de idade, das pessoas consideradas como mais íntimas e próximas, poucas serão as que ainda estão vivas. Além disso, estas relações são tão próximas e resistem há tanto tempo que dificilmente serão substituídas.

Segundo Gro Brundtland, Director-Geral da Organização Mundial da Saúde “o envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo” (OMS, 2005, p. 8).

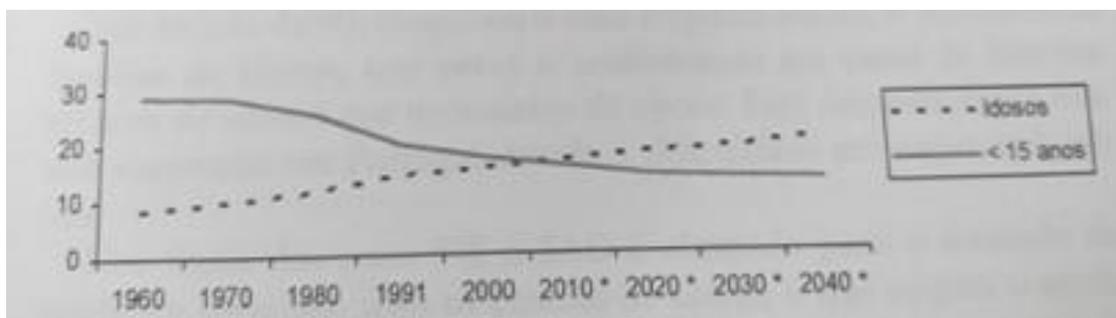


Ilustração 1 - Evolução e previsão da população idosa e jovem em Portugal, em %. (INE, 2002).

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado têm vindo a organizar-se e a criar condições para acolher um número crescente de idosos. Daí existirem diversas respostas sociais para os idosos, como poderá vir a observar mais abaixo.

1.1.4. REDES DE SUPORTE: FORMAL E INFORMAL

Não menos importante, verifica-se que existem dois tipos de redes de suporte dirigidas aos indivíduos dependentes: as redes informais, que remetem para a Família, a rede de vizinhos e amigos e as redes formais, nas quais se inclui a proteção institucional, bem como, todos os programas, projetos e medidas que asseguram a prestação de serviços, através da rede de serviços e equipamentos sociais, que respondem às necessidades dos Doentes, da forma mais adequada.

Jean-Luc Lacroix (1999,6) diz que “as nossas vidas, o nosso bem estar e a nossa aptidão para funcionar numa base quotidiana dependem da qualidade e da adequação dos nossos sistemas de suporte social e assentam nas nossas capacidades em mobilizar estes sistemas, particularmente nos momentos de crise”.

- **Rede de Suporte Informal**

Segundo a autora Daniela Figueiredo (2007), um cuidador informal é um “prestador informal de cuidados” ou “cuidador familiar”.

Sabe-se que a família assume uma importância surpreendentemente elevada na prestação de cuidados e promoção de conforto ao indivíduo dependente, a maior parte das famílias assume a responsabilidade pelo respetivo indivíduo dependente “a tradição cultural portuguesa atribui às Famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Deste modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da Família” (Figueiredo; 2007).

A problemática que se tem vindo a sentir constantemente, nos últimos anos, são as alterações demográficas que limitam os cuidados informais fornecidos, porque a maior parte dos doentes dependentes são idosos, e o número de familiares disponíveis para assegurar o bem-estar dos mesmos, e outros cuidados necessários de rotina têm vindo a diminuir.

Conforme Squire existem três dimensões distintas na prestação de cuidados:

- i. Responsabilidade e tomar conta do indivíduo;
- ii. Satisfazer e responder às necessidades do indivíduo;
- iii. Sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pelo indivíduo que se cuida. (*apud* Figueiredo, 2007)

O cuidador informal, é aquele que se envolve no apoio nas atividades de vida quotidiana do doente, designadamente as ABVD, Atividades Básicas de Vida Diária, ex.: administração de terapêutica; cuidados de higiene e promoção do bem-estar e conforto do doente, confeção e apoio para as refeições; entre outras.

Os cuidadores informais são o melhor para a manutenção da pessoa em casa. A prestação informal de cuidados, surge com o surgimento de doenças crónicas e progressivas.

De acordo com Rolland (*apud* Figueiredo, 2007), o impacto que a doença tem na estrutura familiar tem três fases: crise, crónica e terminal.

- Crise: Nesta fase, a angústia é sentida em quadros muito elevados, no entanto, os familiares ou cuidadores procuram a compreensão do diagnóstico e adaptam-se às mudanças necessárias, aceitando os desafios.

- **Crónica:** A fase crónica requer uma reorganização da estrutura familiar, no sentido de estabelecer alguns pontos, relativos à prestação de cuidados ao Doente, quer seja a breve, médio ou longo termo, nesta fase a Família deve “minimizar eventuais desequilíbrios nas relações e manter o máximo de autonomia para todos os membros”, o objetivo será a eficiência no exercício das competências dos cuidadores informais.
- **Terminal:** A terceira e última fase consiste na aceitação, por parte do Doente e Família, relativamente à inevitabilidade da morte e, posteriormente, o aprender a lidar com os sentimentos de perda e luto.

Consoante Figueiredo (2007), “os aparecimentos de doenças incapacitantes colocam limitações não apenas aos próprios doentes como às suas famílias, este torna-se, assim, um problema esgotante e angustiante para os principais cuidadores, que, não dispendo da informação adequada e não conhecendo os serviços de apoio existentes, enveredam em quadros depressivos graves, o que se trata da Exaustão do Cuidador.”

- **Rede de Suporte Formal**

Os cuidadores formais têm o perfil de possuírem carácter profissional. Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), os cuidados formais são apenas solicitados quando os cuidadores informais, ou as Famílias, já não conseguem dar resposta às exigências e necessidades do doente. Assim aparece uma parceria efetiva entre os cuidadores informais e cuidadores formais.

A rede de suporte formal é um conjunto de serviços, na comunidade, que têm como objetivo prestar cuidados específicos a indivíduos dependentes ou idosos, mediante a sua própria solicitação ou da respetiva família.

Estes serviços são executados através de instituições direcionadas para esse efeito, nas quais existe uma formação e preparação específica dos profissionais que vão intervir com o doente de forma direta.

Como exemplo, os cuidadores formais são: Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Auxiliares de ação médica, equipas da RNCCI, etc.

Podemos ter em conta que a intervenção destes profissionais é diferente consoante o espaço onde se encontrem, ou seja, lares, IPSS, clínicas, etc.

Segundo Carvalho (2012), a grande parte destas respostas são de cariz social, isto é, são quase todas geridas por IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), assim, tendo em conta o valor do agregado familiar do utilizador, é feita uma capitação do valor a pagar pelo serviço personalizado, sendo que parte do orçamento é paga a título particular e a outra parte é comparticipada.

As respostas sociais a que faço referência são, maioritariamente, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Dia, Centros de Noite e Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI). Ao realçar tais respostas, é importante mencionarmos a forma como surgem, inclusive, a entidade responsável pelo seu surgimento: a Segurança Social.

A Segurança Social é um sistema destinado a todos os indivíduos, guiado pelos princípios da universalidade, igualdade, solidariedade e equidade social (Lei de Bases da Seg. Social, Lei Nº 4; 2007).

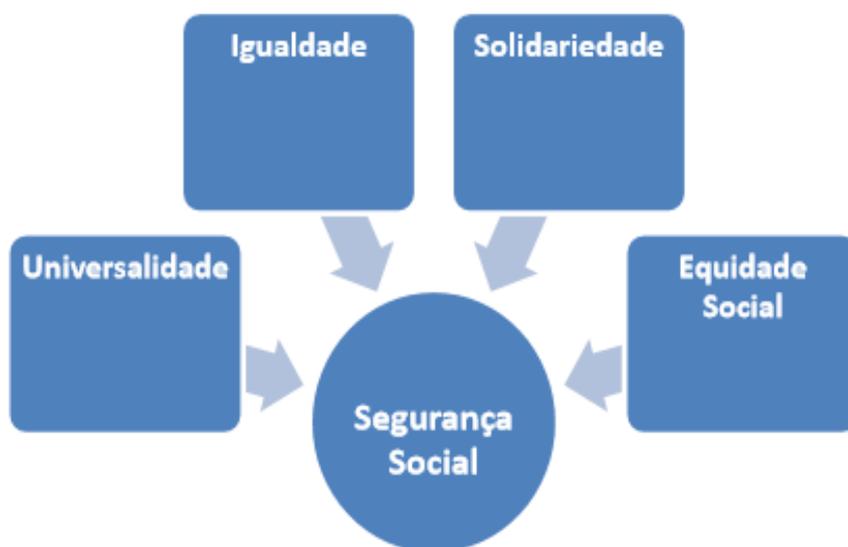


Ilustração 2 - Princípios da Segurança Social. (Ilustração nossa, 2021).

A Segurança Social é o sistema que propicia a proteção social e que se subdivide em três sistemas:

- Sistema de proteção social de cidadania;
- Sistema previdencial;

- Sistema complementar.

O primeiro sistema, sistema de proteção social de cidadania, garante igualdade de oportunidades e permite o acesso a direitos básicos, promovendo a coesão social. Este sistema divide-se em três subsistemas:

- Ação social;
- Solidariedade;
- Proteção familiar.

O segundo sistema, sistema previdencial, visa garantir rendimentos ao indivíduo, quando este se encontre em situação de determinadas eventualidades (legalmente definidas), designadamente: doença; desemprego; invalidez; velhice; morte; acidentes no trabalho; maternidade; paternidade e adoção.

O terceiro sistema, sistema complementar, reforça a proteção social dos beneficiários, através de prestações complementares às concedidas pelo sistema previdencial.

A Segurança Social, enquanto sistema protetor, cria programas para dar resposta às necessidades específicas de certos indivíduos dependentes, programas estes que são, parte integrante da rede de suporte formal ao beneficiário, encontrando-se divididos em dois grupos:

- Programas de Apoio ao Desenvolvimento Social;
- Programas de Apoio ao Investimento.

Para ilustrar o primeiro grupo, saliento como exemplo: PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos), criado por despacho conjunto, de 1 de julho de 1994, dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, através deste programa surge o projeto SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) cuja solicitação por parte dos utilizadores é bastante recorrente em contexto hospitalar.

Comparativamente ao segundo grupo, Programas de Apoio ao Desenvolvimento, refiro o seguinte exemplo: PARES (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais) que tem como objetivo apoiar no desenvolvimento da rede de equipamentos

sociais no território continental, quer dizer, Centros de Dia; Residências; Instituições locais; etc.

No que se refere às prestações sociais, concedidas pela Segurança Social, realço as que se seguem:

- Subsídio de Doença;
- Complemento por Dependência;
- Pensão Social de Invalidez;
- Subsídio pela Assistência à 3ª Pessoa;
- Subsídio de Desemprego;
- Pensão Social de Velhice;
- Complemento Solidário Para Idosos;
- Pensão de Sobrevivência

As prestações sociais acima referidas, englobam as pessoas em situação de dependência, no regime geral, e no regime não contributivo.

As prestações podem ser acumuladas para benefício de um indivíduo, damos o exemplo de um idoso dependente, neste caso poderá acumular o Complemento por Dependência e a Pensão Social de Velhice.

Os Serviços e Equipamentos Sociais

• ERPI

A Estrutura Residencial Para Idosos, ou Lar, é uma resposta social destinada a alojamento coletivo de utilização temporária ou permanente.

É de extrema importância revelar que esta é a resposta social com maior número de encaminhamentos efetuados nos dias de hoje.

Geralmente os familiares pedem integração em Lar, quando o idoso é parcial ou totalmente dependente para a efetuação das ABVD, sendo em situações que a família

não já assegura a capacidade para monitorizar e apoiar o doente durante a maior parte do dia.

Os Lares têm como principais objetivos:

- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial da pessoa idosa;
- Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;
- Potenciar a integração social. (Segurança Social; 2016)

Os Lares que se encontram em conformidade com a regulamentação da Segurança Social têm Alvará. Estes podem ser lucrativos ou não, o que depende do facto de se representarem como IPSS ou particulares.

No entanto, a maior problemática que se vê relativamente aos Lares é que estes têm de ser suportados a título particular, tendo em conta o valor mensal que os idosos auferem.

• SAD

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio do utilizador, mediante a sua utilidade. Os objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário são os seguintes:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e respetivas Famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a Lares;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos Doentes;
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;

- Reforçar as competências e capacidades das Famílias e de outros cuidadores.

Os doentes, ou as respetivas famílias, recorrem a este Apoio Social com bastante frequência porque, muitas vezes, não têm capacidade para custear o ingresso numa Estrutura Residencial.

O SAD é realizado por IPSS, pelo que é pago de acordo com os rendimentos de todo o agregado familiar. Apesar de a prestação de serviços, ou seja, a intervenção direta com o doente, será feita no domicílio, todas as Instituições que dispõem deste serviço têm uma sede, onde a Instituição é gerida encontrando-se na mesma os materiais necessários para realizar o Apoio, assim como outras valências de Apoio Social.

O SAD assegura os seguintes cuidados ao Doente, mediante contratualização:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Fornecimento e apoio nas refeições;
- Serviço de Teleassistência;
- Higiene habitacional;
- Tratamento da roupa do uso pessoal do Doente;
- Atividades de animação e socialização;
- Apoio psicossocial (Segurança Social; 2016)

Assim, o SAD funciona como complemento, e com apoios diferentes, mas que convergem uns com os outros, na medida em que o objetivo último é a promoção do bem-estar do doente na sua residência.

• **Centro de Dia**

É uma resposta social, que presta um conjunto de serviços, que contribuem para a manutenção do doente no seu meio social e familiar. Consideremos os objetivos da valência de Centro de Dia:

- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover relações interpessoais e intergeracionais;

- Favorecer a permanência do indivíduo no seu meio habitual de vida;
- Contribuir para retardar ou evitar o internamento dos idosos, ou pessoas dependentes;
- Desenvolver estratégias de promoção da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social. (Segurança Social; 2016)

• **Centro de Noite**

É uma resposta social que tem por finalidade o acolhimento noturno, unicamente. Esta valência foi concretizada para dar resposta a indivíduos com a respetiva autonomia preservada, mas em situação de isolamento, solidão e insegurança. Os objetivos do Centro de Noite remetem para:

- Acolher pessoas autónomas no período noturno;
- Assegurar o bem-estar e segurança destes indivíduos;
- Permitir a permanência dos indivíduos no seu meio habitual de vida e rotinas diárias. (Segurança Social; 2016)

Conclui-se que existem outros serviços e equipamentos sociais tais como o SAD; Centros de dia e Centros de noite, mas a grande procura recaí sobre as ERPI.

1.2. O SERVIÇO SOCIAL E O ENVELHECIMENTO

“O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa.

Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social.

Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social.

Esta definição de Serviço Social pode ser ampliada ao nível nacional e/ou ao nível regional.” (IFSW, 2014)

O exercício profissional do Serviço Social visa promover a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas, ajudar as pessoas a desenvolverem autonomia.

O trabalho do Assistente Social baseia-se na defesa dos valores e dos princípios dos Direitos Humanos e de acordo com o Código Deontológico, no qual a prestação de serviços às pessoas socialmente excluídas constitui uma das áreas relevantes do exercício profissional.

Os Direitos Humanos são “inatos e inalienáveis e privilégios fundamentais que pertencem a todos os indivíduos como ser humano podem-se ganhar ou perder alguns direitos, civis por exemplo, mas o direito a ser-se um ser humano, é inerente a qualquer mulher, homem ou criança” (André & Walz, 2004, p. 119)

Assim, os Direitos Humanos são universais e aplicam-se a todas as pessoas sem discriminação.

Para além do compromisso ético que os profissionais de Serviço Social têm de intervir no sentido de interiorizarem conscientemente os seus princípios e valores, verifica-se que atualmente se torna necessário que os profissionais alarguem esse compromisso à sociedade, ou seja, face à situação social atual, que em períodos de fragilidade, a família que deveria ser o palco para a proteção, apoio e acolhimento não existe.

É importante que o Assistente Social assuma um papel de educador social, potenciando a consciencialização de determinados valores como o respeito pelo outro, pela diferença, liberdade e dignidade humana, de forma a contrariar a tendência instalada na sociedade para um egoísmo e egocentrismo cada vez maior, levando a uma perda dos laços sociais.

O Assistente Social procura colmatar falhas transmitindo informações sobre diferentes domínios dos direitos, dos recursos e do acesso a organismos e instituições.

Considerando-se que os Direitos Humanos, segundo a Organização das Nações Unidas (1999, p. 30), dão resposta global e local às necessidades humanas fundamentais.

Como sabemos, os assistentes sociais trabalham em diferentes contextos e com diferentes problemáticas e destinatários. As problemáticas associadas ao envelhecimento são áreas clássicas da intervenção do Serviço Social, já identificadas

nas abordagens das pioneiras Mary Richmond e Jane Adams. Todavia, essas problemáticas assumem hoje novos contornos que exigem um repensar da intervenção. (Carvalho, 2013, p. 177).

Ray *et al.* (2009) defendem que há uma necessidade urgente de aumentar a visibilidade do serviço social gerontológico, uma vez que muitos assistentes sociais se sentem desvalorizados pela falta de importância que é atribuída ao trabalho com pessoas idosas. Muitas das vezes, descrevem as pessoas idosas como vulneráveis e dependentes, e esta imagem de incapacidade e de sobrecarga, inibe a sua capacidade de autoiniciativa e participação social para proteger os seus interesses e afeta também a própria forma como os profissionais intervêm nesta população.

Segundo Dominelli (2009) para que o Serviço Social possa potenciar uma mudança dessa representação e que as pessoas idosas vivam com saúde e bem-estar durante mais tempo, é necessário que se operem mudanças nas dinâmicas multiprofissionais. Os assistentes sociais são desafiados a promover a sua participação social de forma a que estas possam expressar os seus pontos de vista. Dominelli (2009) defende ainda que todos estes requisitos só serão possíveis se os assistentes sociais se tornarem interventores críticos, pró-ativos e reflexivos, comprometidos com a transformação das relações sociais de desiguais para igualitárias, numa prática antiopressiva. Tal requer o desenvolvimento de novos modelos de prática que promovam a justiça social.

O Serviço Social na área da Gerontologia intervém em populações heterogêneas, com problemáticas muito complexas e multidimensionais, o que requer um conhecimento vasto sobre os problemas subjacentes a esta realidade, mas também a contextualização desses problemas num contexto social global mais amplo.

Para García e Jiménez, o Serviço Social gerontológico é uma prática e simultaneamente uma disciplina científica que contribui para o estudo e intervenção sobre o envelhecimento. (*apud* Carvalho, 2013, p. 178)

“Enquanto profissão e disciplina científica da área das ciências sociais implicada no conhecimento do processo do envelhecimento e da velhice, o Serviço Social dá importantes contribuições para a intervenção com as pessoas idosas.” (*apud* Carvalho, 2013, p. 178)

O serviço Social gerontológico, segundo os autores García e Jiménez (Carvalho, 2013 p. 178), encarrega-se de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e de como conseguir que essas pessoas

assumam uma ação organizada, tanto preventiva como transformadora, para os superar.

O objeto de Intervenção do Serviço Social no campo da velhice é a pessoa idosa (individual ou coletivamente) que, em interação com um meio concreto, vive uma situação determinada como necessidade ou como desejo de a melhorar e que quer superar e desenvolver a sua funcionalidade social, cooperando na transformação da situação, das circunstâncias que a geraram e sobretudo, desenvolvendo as suas potencialidades numa perspetiva positiva. O referencial central da intervenção do Serviço Social com pessoas idosas é o da dignidade humana, ao reconhecer o seu valor intrínseco enquanto indivíduo, enquanto ser único.

Segundo a autora Maria Irene de Carvalho podemos sintetizar os principais princípios da intervenção do Serviço Social com pessoas idosas:

- A pessoa idosa tem de ser valorizada como sujeito ativo na construção do seu quotidiano e do seu projeto de vida e, como tal, as suas necessidades e preocupações devem ser valorizadas e a sua opinião ouvida e respeitada.
- Na intervenção são garantidos o segredo profissional e a confidencialidade;
- A pessoa idosa tem o direito a ser informada sobre os seus direitos e deveres, enquanto beneficiária dos serviços de ação social e de saúde;
- Cada situação é objeto de uma avaliação circunstanciada, definindo-se com a pessoa idosa e a sua família um plano de cuidados personalizado/individualizado, de caráter preventivo e reabilitador;
- Esse plano de cuidados tem como objetivo assegurar uma maior qualidade de vida e com a maior autonomia possível, favorecendo a autoestima e garantindo a dignidade da pessoa idosa;
- A pessoa idosa recebe o apoio mais adequado à sua situação, devem os serviços organizar-se em função das suas necessidades específicas;
- Os profissionais têm em conta a rede informal da pessoa idosa e colaboram com ela, informando-a sobre as suas competências.

Deste modo, envelhecer é um processo progressivo e contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida, como um acontecimento normal e intrínseco à mesma, “é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano” (Moniz, 2003).

1.3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

1.3.1. O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

As definições de idoso, que tem aparecido, são várias, podendo reconhecer-se a idade biológica, a cronológica e a social, em geral qualquer uma se refere a um meio, que é o envelhecimento, e que pode ser definido em envelhecimento normativo, um conceito colocado por Fox e Hollander (1990), citados por Netto, in Freitas et al. (2006) na experiência de estabelecer padrões de normalidade entre as pessoas idosas, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos ordenados de forma dinâmica na pessoa.

A última fase do ciclo vital de uma pessoa é representada pela velhice e, assim como as etapas anteriores, também ela tem os seus aspetos positivos e negativos, as suas felicidades e os seus obstáculos. Os contornos e características como as pessoas vivem nesse novo período estão, em muito, condicionadas pela imagem social predominante em cada cultura, mais do que pelos aspetos específicos de cada pessoa.

Segundo o artigo de Ana Margarida Ornelas e Duarte Vilar (2011) (O processo de institucionalização da pessoa idosa: A influencia de fatores pessoais e da rede social), o processo de institucionalização é desencadeado por variadas razões e agentes intervenientes. Nunes (s/ d) agrupa, de modo simplista, em três categorias os motivos que levam a institucionalização da pessoa idosa:

Médicas - devido a uma deterioração cognitiva ou física que contribui para o aumento da dependência e, deste modo, a uma dificuldade na realização das atividades da vida diária, de forma autónoma;

Sociais - correspondente a estados de solidão, a situações de carência da família ou mesmo da rede sociais;

Económicas - advém de uma deterioração do nível de vida devido a perda do seu poder aquisitivo, a impossibilidade de se alimentar bem, de pagar serviços, entre outros.

Importante e de salientar que, geralmente, estas causas encontram-se interligadas, havendo sempre a predominância de uma delas.

A tendência atual da política social é incentivar a pessoa idosa a permanecer no seu ambiente habitual sempre que tal seja possível. Contudo este modelo implica que o Estado assuma a responsabilidade que lhe compete, colocando à disposição dos idosos que conservam a sua autonomia os recursos económicos e sanitários de que necessitam para continuar a manter a sua independência e melhorar a sua qualidade de vida.

Segundo os autores Agustín Osório e Fernando Pinto dizem que quanto aos idosos dependentes, o Estado deverá tomar todas as medidas que possibilitem às famílias cuidar dos seus idosos, garantindo-lhes uma rede de apoios formais que lhes permita executar essa tarefa sem que esta se converta numa situação problemática devido aos encargos económicos e ao desgaste físico e emocional decorrentes da situação.

O processo de institucionalização é retratado pela saída de casa, pode ser longo ou curto e conjuga vários tipos de etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e a adaptação/integração na nova residência. Para os idosos, viver na própria casa é uma dimensão integral da independência. A residência habitual de anos tem várias funções profundas na vida de qualquer pessoa, em especial de um idoso.

A mudança de local prejudica a funcionalidade nas atividades de vida diária, já que envolve uma readaptação num período em que estas capacidades estão diminuídas. A casa dos idosos, pode tornar-se um local de vulnerabilidade para os idosos, por isso é que a possibilidade de realojamento começa a ser pensada. Existem três momentos: a morte do cônjuge; após uma queda ou uma doença; ou na localização.

Um dos momentos anteriores precede, quase sempre, a institucionalização, que ocorre quando a ponderação indica o lar de idosos como a melhor opção.

A decisão de institucionalização deve ser tomada com clareza de que o objetivo dos cuidados ao idoso não é mantê-lo em sua casa, mas garantir a sua qualidade de vida. Porque para o idoso continuar em casa deve de cumprir cinco critérios:

- ✓ Estabilidade clínica
- ✓ Apoio de um cuidador competente

- ✓ Ambiente físico adequado ou adaptado às necessidades do idoso e cuidadores
- ✓ Acesso aos diversos serviços profissionais
- ✓ Adequado suporte financeiro.

“Em relação à participação do idoso na opção por um lar de idosos, os trabalhos de Reed et al. (2003) sugerem quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva.” (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006, p. 110)

A preferencial é quando o idoso exerce o direito de decisão. A estratégica exprime um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de adotar esta solução. A relutante é quando o idoso resistiu ou discordou ativamente do realojamento num lar de idosos, é a circunstância mais dolorosa. Na passiva o encaminhamento para o lar de idosos decorre de decisões de outros sobre o nível e tipo de cuidado requerido pelo idoso e que este aceitou ou seguiu em questionar.

Pode-se considerar que este processo de institucionalização está completo quando o utente sente o lar de idosos como a sua nova casa. Segundo o autor Grogger (1995) concluiu que o nascimento deste sentimento depende de três fatores: circunstanciais da institucionalização, definições subjetivas de lar de idosos e continuidade alcançada após a mudança para o lar.

As circunstâncias da entrada no lar, considera-se que o processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico; por oposição é dificultada se a decisão for relutante; se for passiva por demência, o idoso continua no seu mundo; se for por resignação, normalmente desencadeia alguma depressão.

Grogger (1995) sugere que os idosos que têm tempo para antecipar e antever a mudança se integram mais facilmente neste novo modelo de vida.

Segundo a autora Maria Irene de Carvalho os objetivos da intervenção do Serviço Social em lares e outras instituições de cariz residencial é o de promover a integração social e pessoal do residente no meio de convivência da instituição, assim como potenciar a manutenção e o reforço dos laços existentes com a sua família e comunidade.

Para a prossecução destes objetivos, o assistente social procura:

- ✓ Proporcionar informação geral sobre a instituição e os trâmites para acesso e ingresso na mesma, a todas as pessoas e entidades que o solicitem;
- ✓ Prestar apoio social individualizado aos residentes, proporcionando-lhes informação, aconselhamento e orientação sobre os direitos e recursos sociais existentes;
- ✓ Realizar as diligências administrativas e burocráticas que os residentes necessitem durante a sua estadia na instituição e que eles próprios não possam realizar (advocacia social)
- ✓ Ser o profissional de referência e o contacto com os familiares do residente, promovendo a manutenção da relação existente entre eles, prevenindo e intervindo nos potenciais conflitos família-residente-instituição que possam surgir. Mediar e intervir também quando esses conflitos ocorrem igualmente com a equipa;
- ✓ Gerar a lista de espera e os procedimentos de admissão na instituição, efetuando as diligências administrativas necessárias, realizando a receção e avaliação dos pedidos, priorizando-os em função dos critérios regulamentares definidos;
- ✓ Colaborar na organização nas atividades de animação, ocupação e lazer, em articulação com outros profissionais;
- ✓ Integrar a equipa multidisciplinar da instituição, contribuindo com os seus conhecimentos técnicos.

Tabela 1 - Funções do assistente social em Instituições de cariz residencial

Função preventiva	Função socioeducativa	Função assistencial	Função planificadora	Função organizadora e coordenadora
Desenvolvimento de atuações destinadas a promover a integração dos residentes e a detetar precocemente possíveis situações de conflito entre residentes e residentes-famílias.	Desenvolvimento de atuações que favoreçam as competências e habilidades pessoais dos residentes.	Efetivação de respostas às diferentes necessidades sociais da pessoa idosa, informando-a, aconselhando-a e orientando-a sobre os diferentes recursos sociais existentes, e desencadeando projetos de intervenção que atendam às distintas situações-problema que se apresentam.	Desenvolvimento de atuações técnicas na programação de projetos de intervenção e participação na planificação geral da instituição.	Fazendo parte da equipa interdisciplinar da instituição, participando na elaboração e desenvolvimento dos diferentes projetos institucionais e estando em contacto direto e sistemático com os restantes profissionais, com vista a uma atuação coordenada e integral.

Fonte: (Santiago, 2003)

A Carta Europeia dos Direitos e Liberdades do Idoso Residente em Instituições encaminha ainda para a necessidade fundamental da existência de uma política europeia comum gerontológica que abranja a aceitação pela qualidade de vida, o ajustamento dos serviços, o atendimento digno e a supervisão e financiamento, dos idosos.

Em Portugal, o despacho normativo 12/98 de 25 de fevereiro de 1998 define lar de idosos como “estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente,

fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”.

O processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de stress que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (despacho normativo 12/98 de 25 de fevereiro de 1998; Cardão, 2009; Silva *et al.*, 2011).

Os idosos quando chegam a esta altura da vida, o que eles mais querem é ter uma melhor qualidade de vida, ou seja viver da melhor forma nas instituições. Estes são os seus anos dourados.

2. PROPOSTA METODOLÓGICA

2.1. PARADIGMA E JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA

Na medida em que se considera que a investigação é descritiva, o que se pretende é compreender e descrever a realidade concreta das pessoas idosas que constituem a amostra deste estudo, a escolha do método de investigação incide na abordagem qualitativa.

Utilizar uma abordagem qualitativa significa que:

- O objetivo da investigação é a captação e a reconstrução de significados;
- A linguagem é basicamente conceptual e metafórica, em vez de numérica e estatística;
- A recolha de informação processa-se através de técnicas, como a entrevista mais aprofundada, em vez dos inquéritos massivos;
- O procedimento utilizado é mais indutivo do que dedutivo (Olabuénaga, 1999, p. 23)

2.2. TÉCNICAS A UTILIZAR E JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA

Em relação às técnicas de recolha de dados utilizou-se como instrumento a observação participante ou etnográfica, as entrevistas de profundidade (histórias de vida) e a análise documental.

2.2.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE OU ETNOGRÁFICA:

Na Observação participante, enquanto técnica utilizada em investigação, há que realçar que os seus objectivos vão muito além da pormenorizada descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento (Spradley, 1980).

Bogdan e Taylor (1975) definiram a observação participante como uma investigação que se caracteriza por um período de interações sociais intensas entre o investigador e os sujeitos, no meio destes, durante o qual os dados são recolhidos de forma sistemática.

Para Georges Lapassade (2001, p. 10-11), a expressão “observação participante” tende a designar o trabalho de campo no seu conjunto, desde a chegada do investigador ao campo da investigação, quando inicia as negociações que lhe darão acesso a ele, até ao momento em o abandona, depois de uma estância longa. Enquanto presentes, os observadores imergirão pessoalmente na vida dos locais, partilhando as suas experiências.

Segundo o mesmo, durante a permanência no campo, os dados recolhidos são provenientes de fontes diversas, nomeadamente observação participante, propriamente dita, que é o que o observador apreende, vivendo com as pessoas e partilhando as suas actividades. Mas, também, através das entrevistas etnográficas, que são as conversações ocasionais no terreno, portanto não estruturadas, e mediante o estudo, quer de documentos “oficiais”, quer, sobretudo, de documentos pessoais, nos quais revelam os seus pontos de vista pessoais sobre a sua vida ou sobre eles próprios, e que podem assumir a forma de diários, cartas, autobiografia.

2.2.2. ENTREVISTA DE PROFUNDIDADE (HISTÓRIAS DE VIDA):

Na investigação, a entrevista serve principalmente para: obter informação de indivíduos ou grupos; facilitar informação; influir sobre certos aspetos da conduta. Possibilita a interação direta entre o investigador e o grupo alvo da investigação.

A entrevista apresenta determinadas vantagens e desvantagens (Olabuénaga, 1999, p. 97)

Relativamente às vantagens, destacam-se as seguintes:

- É uma técnica de inquirição direta, ou seja, são possíveis todo o tipo de esclarecimentos;
- É uma técnica que dá mais garantias de resposta, mesmo que a resposta seja “não quero responder”;
- É uma técnica que permite precisar as informações;
- É uma técnica que permite em simultâneo fazer a entrevista e ter a possibilidade de observação;

- É uma técnica que não requer especiais competências por parte dos inquiridos (por exemplo, pode ser aplicada a pessoas que não sabem ler).

Em relação às desvantagens da técnica destacam-se:

- Capacidade verbal, ou seja, quanto mais e melhor as pessoas se explicam, melhor a entrevista poderá ser feita;
- Empatia pessoal, pois a entrevista também depende da simpatia e da capacidade da pessoa se colocar no lugar do outro;
- Possibilidade de separação entre o que se diz e o que se faz;
- O carácter estático da realidade captada pela entrevista.

Também existem as desvantagens em relação ao entrevistado:

- Poderá não estar disposto a proporcionar a informação solicitada;
- Pode-se encontrar bloqueado face ao entrevistador;
- Pode não compreender bem as perguntas;
- Pode não responder com sinceridade;
- Pode não ser capaz de se expressar adequadamente.

E as desvantagens em relação ao entrevistador:

- O seu aspeto e comportamento podem influenciar a pessoa entrevistada;
- As suas opiniões pessoais podem influenciar o entrevistado, assim como a interpretação que se faz das respostas às perguntas abertas;
- Falta de sentido de responsabilidade.

A entrevista consiste numa liberdade dada ao entrevistado que se situa num nível intermédio. Possibilita ao entrevistado organizar as suas ideias devido ao seu carácter, no entanto também dá ao entrevistador alguma liberdade de intervenção, sobretudo quando se apercebe que o entrevistado se está a afastar dos objetivos da entrevista, ou

quando quer que este aprofunde algum aspeto do seu discurso (Ruquoy, 1997, pp. 87-88)

O entrevistador deve conduzir a entrevista, de acordo com a metodologia planeada de investigação; deve saber escutar e não cortar a palavra do entrevistado; controlar e enquadrar o processar da informação e gerir com o entrevistado o desenrolar e o enquadramento temático da entrevista.

O processo de aplicação da técnica de entrevista tem várias fases a que correspondem várias tarefas.

Na fase preliminar é necessário:

- Elaborar o guião de entrevista;
- Selecionar os entrevistados;
- Estabelecer os primeiros contactos e agendar a entrevista.

No momento da entrevista, propriamente dita há uma fase inicial:

- O entrevistador cumprimenta o entrevistado e agradece a sua disponibilidade;
- Coloca o entrevistado à vontade e apresenta os objetivos da investigação, o quadro institucional, explica a importância da presente entrevista e pede autorização para gravar a entrevista, garantido a confidencialidade e o anonimato;
- Coloca a questão inicial.

Segue-se a fase em que decorre a entrevista:

- Fase de recolha da informação, baseada no guião de entrevista, em que o entrevistador apenas intervém para incentivar o discurso, para demonstrar que está a compreender ou para pedir algum esclarecimento.

A última fase é a fase de finalização:

- O entrevistador põe fim à fase anterior, uma vez alcançado o ponto de saturação;
- Pergunta ao entrevistado se não foi omitido nada de importante;

- Agradece ao entrevistado (cf. Albarello, 1997, p. 110-112)

2.2.3. ANÁLISE DOCUMENTAL

Relativamente à definição de análise documental, verifica-se que têm sido muitos os autores que, ao longo dos tempos têm dado o seu contributo no sentido de explicitar o seu significado.

Berelson caracteriza a análise de conteúdo como “[...] uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objetivo a sua interpretação” (*apud* Carmo e Ferreira, 1998, p. 251)

Constata-se que esta definição faz referência à quantificação, no entanto existem autores que retiram essa característica das suas definições. Holst (1968) define análise documental como sendo “uma técnica para fazer inferências pela identificação sistemática e objetiva das características específicas de uma mensagem” (*apud* Ghiglione e Matalon, 1992, p. 202), na mesma linha, Krippendorff, em 1980, considera que a análise documental tem subjacente a realização de inferências “válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto” (*apud* Vala, 1987, p. 103).

Independentemente do tipo de mecanismo que se pretende analisar (textos, documentos, entrevistas) existem, segundo Vala cinco procedimentos básicos a ter em conta: “delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa; constituição de um corpus; definição de categorias; definição das unidades de análise; a quantificação” (1987, p. 108).

Carmo e Ferreira (1998) além das etapas descritas por Vala (1987) consideram como último procedimento a ter em conta a interpretação dos resultados.

A primeira etapa corresponde à delimitação dos objetivos precisos que a investigação permite atingir. Associado à definição dos objetivos torna-se necessário selecionar e delimitar determinados modelos teóricos.

O segundo procedimento incide sobre a escolha e seleção dos documentos que se pretendem analisar. Esta escolha pode ser determinada a priori ou tendo por base os objetivos da investigação. Segundo Bardin a determinação do tipo de escolha é sempre realizada tendo em conta vários elementos como a exaustividade, a representatividade,

a homogeneidade e a pertinência (1988, p. 96-98). Assim o corpus corresponde ao “conjunto dos documentos escolhidos para se proceder posteriormente à Análise Documental.” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 254)

Hogenraad define categoria como “um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista” (*apud* Vala, 1987, p. 110). Assim, a categoria expressa uma determinada palavra ou termo-base que pretende atribuir uma significação geral ao conceito mais amplo que se pretende apreender.

A definição de categorias pode ser feita de duas formas: a priori quando foram antecipadamente formuladas hipóteses e pretende-se verificá-las; a posteriori quando se trata de um procedimento exploratório, não tendo por isso havido qualquer formulação anterior de categorias. Henry e Moscovici (1968) distinguem as duas formas de definição de categorias intitulando-as por procedimentos fechados (quando se tratam de categorias definidas a priori) e procedimentos abertos (quando se tratam de categorizações a posteriori) (*apud* Ghiglione e Matalon, 1992, p. 202).

O procedimento que se segue à explicitação de categorias é a definição de unidades de análise que são de três tipos (de amostragem, de registo e de contexto).

Carmo e Ferreira reconhecem como última etapa do processo de análise documental a interpretação dos resultados obtidos. Assim, segundo os autores “além da descrição, a Análise Documental deverá não só possibilitar a compreensão do fenómeno que constitui objeto de estudo, como fazer o investigador chegar à sua explicação e podendo mesmo [...] fazê-lo chegar a formas de previsão.”. A previsão pode eventualmente levantar questões relacionadas com a validade do seu resultado, pelo que os autores referem que se torna aconselhável o recurso simultâneo a outras técnicas de forma a permitir sustentar melhor as conclusões (1998, p. 258).

Nesta investigação a análise documental foi uma das técnicas importantes a utilizar. Podemos ter acesso aos processos sociais de cada utente, foi uma das técnicas importante para conseguirmos solidificar a investigação.

2.3. OBJETO EMPÍRICO CONCRETO

O objeto empírico concreto deste estudo é um conjunto de idosos inseridos numa ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Este estudo foi realizado numa ERPI no concelho de Sintra.

2.3.1. AMOSTRA

Os idosos que participaram neste estudo deram entrada na instituição entre 1 de Outubro de 2019 e 31 de Abril de 2020.

2.4. OBJETIVOS

2.4.1. OBJETIVOS CIENTÍFICOS OU EPISTEMOLÓGICOS

- Saber quais os motivos da institucionalização da pessoa idosa
- Compreender a adaptação do idoso na ERPI.

2.4.2. OBJETIVOS SOCIAIS

- Melhorar a intervenção das/dos assistentes sociais, no processo de institucionalização das pessoas idosas;
- Contribuir para o bem-estar dos idosos assegurando a satisfação das suas necessidades durante a institucionalização;
- Contribuir para uma maior consciencialização das famílias, de forma, a que possa existir um maior envolvimento a nova realidade.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Referindo-se ao propósito desta investigação, a análise que acontece na institucionalização da pessoa idosa e nas respetivas influências pessoais e de rede social que contribuíram para essa institucionalização, foi aplicada uma entrevista semiestruturada a cinco pessoas idosas do Lar na região de Sintra.

Apesar da recolha de informações ter sido um dispositivo importante em todo o processo de investigação, só através da execução de uma análise precisa e coerente é que foi possível a conquista de conclusões viáveis.

Para a análise de conteúdo utilizamos unicamente os resultados das entrevistas e observação participante ao longo de um ano de adaptação. Os resultados posteriormente apresentados reportam-se a um trabalho empírico efetuado ao longo do mês de janeiro 2021, no âmbito do qual, foram realizadas cinco entrevistas a pessoas idosas que se encontram institucionalizadas. Destas cinco pessoas idosas, quatro são do sexo feminino e uma do sexo masculino, estando as suas idades compreendidas entre os 80 e 95 anos de idade.

Implícito à narrativa de vida das pessoas idosas é natural encontrar a presença de um comentário subjetivo e condicionado pela presença do investigador. Neste sentido, estou consciente de que a informação transmitida por vezes não corresponde à realidade e que muitos dos acontecimentos podem ser alterados ou mesmo mascarados.

3.1. CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA PESSOA IDOSA

Tabela 2 - Caraterização Sócio-Demográfica das Pessoas Idosas entrevistadas

Caraterização Sócio- Demográfica		Frequência	Total
Sexo	Feminino	E1; E3; E4;E5	4
	Masculino	E2	1
Grupo Etário	80 – 84 anos de idade	E2;E3	2
	85 – 89 anos de idade	E1; E5	2
	90 – 94 anos de idade	E4	1
Estado Civil	Solteiro(a)	E4	1
	Casado(a)	E2; E3;E5	3
	Viuvo(a)	E1	1
Paridade	Com filhos	E1;E2;E3;E5	4
	Sem filhos	E4	1
Com quem vivia	Familiares	E4	1
	Cônjuge	E2;E3:E5	3
	Sozinho(a)	E1	1
Habilitações Literárias	4ª Classe	E4;E3	2
	Curso Industrial/ Comercial	E2	1
	Curso de Enfermagem	E5	1
	Liceu (2ºano)	E1	1

Num total de cinco pessoas idosas entrevistadas verificamos que, quanto a variável sexo, existe um maior número de pessoas idosas do sexo feminino (E1;E3;E4;E5) em detrimento das pessoas do sexo masculino (E2). Devido a pequena amostra não nos conseguimos aperceber do fenómeno da feminização do envelhecimento a que Fernandes (2000) nos chama a atenção. No entanto, se recorrermos ao universo desta investigação (17 pessoas do sexo feminino e 5 sexo masculino) observamos que é uma realidade bem vinculada no Lar onde efetuamos a respetiva recolha de dados.

Relativamente à distribuição por grupos etários, verificamos que todos os entrevistados apresentam uma idade já avançada, a partir dos 80 anos de idade, sendo que a nossa amostra recaí maioritariamente nos grupos etários dos 80- 84 anos de idade (E2;E3), e nos grupos de etários dos 85- 89 anos de idade (E1;E5) e por fim o grupo etário do 90- 94 anos de idade com um entrevistado (E4).

No que se refere ao estado civil observamos uma maioria de pessoas casadas (E2; E3;E5) , sendo que as restantes duas repartem-se pelas dimensões de solteiro e viúvo (E1;E4). Interligada a esta sub-categoria está as pessoas com quem vivia e verificamos que a maior parte dos entrevistados vivia com o cônjuge (E2;E3;E5), sendo que apenas dois dos entrevistados viviam um sozinho e outro com familiares.

Ao analisarmos a paridade constatamos que o número de pessoas idosas com filhos (E1;E2;E3;E5) é maior do que as pessoas sem filhos (E4).

Por último, no que concerne às habilitações literárias, é possível distinguirmos um grande grupo: os que frequentaram a escolaridade básica, designada de 4º Classe (E4;E3) e os que perseguiram os estudos, com antigos cursos: industrial/comercial (E2) e enfermagem (E5) e ainda o 2º ano do Liceu (E1).

3.1.1. SITUAÇÃO DO IDOSO ANTES DE VIR PARA INSTITUIÇÃO

Num percurso de vida de uma pessoa idosa existem situações de perda que são marcantes. Estas são sentidas a vários níveis, podendo mesmo conduzir uma pessoa a reações depressivas.

Para Zal (*apud* Pimentel, 2005, p. 85) “a depressão é uma reação a perda”. Esta perda pode ser sentida a vários níveis: psicológico, físico, económico, social, interpessoal e sexual.

No caso desta investigação, as pessoas idosas no seu discurso dão uma importância primordial as perdas de nível social e económico e físico.

“Estava a trabalhar, estava a trabalhar depois saí e fui para a reforma”
(E1)

“Estava hospitalizado, no hospital Fernando Fonseca Amadora Sintra”
(E2)

“Estava em casa, é o sítio que eu mais gosto de estar, é tão bonita a minha casa.”
(E3)

“Vivia na minha casa, trabalhava no campo e ajudava os meus pais”

(E4)

“Estava em casa com o meu marido fazíamos a nossa vidinha, até fazíamos aqueles passeios com muitas pessoas.”

(E5)

Através do discurso das pessoas idosas que foram entrevistadas apercebemo-nos que a nível económico há também alguns acontecimentos de vida marcantes em dois dos entrevistados (E1;E4) onde se verifica a perda de bens materiais.

Ambos os entrevistados passaram de uma situação laboral ativa para uma situação inativa.

Segundo Cavanaugh (*apud* Fonseca, 2006) considera que a reforma é um acontecimento de vida que implica uma transição e que envolve mudanças em vários aspetos da vida e que o seu sucesso (de adaptação) implica uma reorganização na vida pessoal de modo a procurar, manter ou mesmo melhorar o bem estar psicológico e social.

Como nos refere o autor também existem limitações a nível físico que impendem as pessoas idosas de desenvolver um conjunto de atividades para as quais estão motivadas, e que dariam um certo sentido de utilidade as suas vivências diárias. Podendo observar estas limitações nas respostas dos entrevistados (E2; E3).

A nível social são também mencionadas perdas que estão associadas a uma desvalorização das capacidades da pessoa idosa devido à alteração de estatuto aquando da reforma. (E5)

Coabitação

Notou-se também durante as entrevistas que todos os participantes coabitavam com a família direta. Embora o seu conceito tenha sofrido ao longo dos séculos profundas alterações na sua dinâmica.

Segundo Clarke “a família é considerada como a força de maior suporte em qualquer ambiente em que o indivíduo se encontra”. (*apud* Augusto *et al.*, 2002, p. 39)

Também Ackerman “a família é a unidade básica do crescimento e experiência, desempenho ou falha. É também a unidade básica de doença e saúde” (*apud* Augusto *et al.*, 2002, p. 39)

“vivia com a minha mãe quer dizer vivia com os meus pais”
(E1)

“moro em conjunto com a minha mulher”
(E2)

“vivia com o meu marido, quer dizer ainda vivo, eu qualquer dia saí daqui e vou para casa”
(E3)

“vivia com os meus pais mas depois eles faleceram e fiquei a viver sozinha”
(E4)

“Não, vivia com o meu marido”
(E5)

Todos os entrevistados coabitavam com as famílias diretas e nas suas habitações permanentes. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) dizem que a família representa o lugar de aconchego, segurança, identidade e lembranças e, ainda que as relações se tornem mais difíceis e os conflitos emirjam, ela continua a ser o nosso lugar. (Pereira, 2012, p 163).

Autonomia/ Independência

De acordo com os autores José e Wall (2006, p 142) argumentam que vários fatores que iram estabelecer à partida a escolha e organização dos apoios, o grau de dependência da pessoa idosa é um dos que exerce um papel mais importante. De acordo com o seu grau de dependência, “correspondem diferentes necessidades, diferentes tipos de cuidados, níveis variados de exigência para os familiares e, por último a mobilização de recursos, também eles diferentes”. Também Pimentel afirma que apesar da perda de autonomia física ser um fator determinante na opção da institucionalização e que, muitas das pessoas idosas que se encontram nos lares são

fisicamente dependentes, associado a este fator estão muitas vezes outros fatores que algumas vezes condicionam a decisão.

“Considero-me autónoma, faço a minha vidinha toda do dia a dia completamente sozinha e independente.”
(E1)

“Sim considero-me autónomo e independente”
(E2)

“Eu era autónoma até acontecer o meu acidente, depois olhe foi tudo piorando, a minha saúde foi agravando”
(E3)

“Sim era mas como a minha saúde começou a ficar debilitada, fui perdendo as forças”
(E4)

“sou autónoma, consigo fazer tudo sozinha, não preciso de ajuda de ninguém.”
(E5)

O envelhecimento coloca em questão as condições de vida e expectativas de diferentes grupos sociais sobre a sociedade e o curso da vida, o que contribui para a percepção desse processo face as transformações culturais das sociedades contemporâneas, bem como quanto ao conhecimento e à valorização das experiências daqueles que envelhecem (Bassit e Witter, 2006).

Todos os entrevistados têm a noção da sua autonomia, mesmo sabendo que grande parte deles não são autónomos.

Saúde e bem-estar físico

No respeitante à saúde dos entrevistados verifica-se que existe uma hegemonia muito grande de pessoas idosas com alguma incapacidade física (E1;E2;E3;E4), sendo apenas que um dos entrevistados considera ser ainda uma pessoa saudável (E5).

Este resultado mostra a fragilidade deste grupo de pessoas idosas.

“Era boa, mais ou menos tinha aqueles problemas normais que todas as pessoas têm, nada de muito grave”
(E1)

“a minha saúde é um pouco fraca, estive no hospital antes de vir para aqui”
(E2)

“a minha saúde já não era boa, já era má, desde que tive o acidente foi tudo piorando”
(E3)

“Era normal, só quando me apareceu esta doença má é que tudo foi piorando”
(E4)

“a minha saúde é normal, não tenho grandes problemas, sinto-me bem”
(E5)

De acordo com Correia (2007) e na presença da realidade da nossa amostra deduzimos que apenas uma pessoa comprova um envelhecimento primário (envelhecimento normal e sem doenças), sendo que as restantes estão Diante de um envelhecimento secundário (envelhecimento relacionado com doenças). Este elevado número de pessoas idosas com doenças não é uma descoberta singular na medida em que o envelhecimento, como afirma Robert (1995, p. 31), é encarado “como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo as condições mutáveis do meio ambiente”. Neste sentido, envelhecer depreende além de alterações sociais e psicológicas na pessoa, alterações, também elas, físicas que se podem averiguar em qualquer momento do processo de vida de uma pessoa.

Constatamos ainda que existe um envelhecimento diferencial, resultado da relação existente entre as idades biológicas e as idades cronológicas diferentes em cada um dos entrevistados (Berger, 1995), de acordo com as características genéticas das pessoas e, especialmente do modo de vida de cada uma.

Apoios Sociais

Sabe-se que a família assume uma importância surpreendentemente elevada na prestação de cuidados e promoção de conforto ao indivíduo dependente, a maior parte das famílias assume a responsabilidade pelo respetivo indivíduo dependente

a tradição cultural portuguesa atribui às Famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Deste modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da Família (Figueiredo, 2007).

“Apoios?! Nunca tive apoios de ninguém nem agora nem nunca, nem o meu marido me apoiava.”
(E1)

“a minha mulher e as minhas duas filhas são os meus apoios.”
(E2)

“Não tinha apoios de ninguém, ninguém ajuda ninguém... quer dizer a única pessoa que ajuda é o meu marido.”
(E3)

“Tinha apoio da minha sobrinha, ela sempre me ajudou sempre muito, é muito boa para mim”
(E4)

“não tinha apoios os meus filhos dão apoio todo que é preciso”
(E5)

Salienta-se que dos entrevistados (E2;E3;E4;E5) quase todos recebem apoio familiar, exetundo (E1) que nunca recebeu qualquer tipo de apoio familiar ou social.

Segundo a observação participante os entrevistados descrevem corretamente a sua situação antes de vir para a instituição.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

A institucionalização é um processo que se faz através de várias fases, todas elas igualmente importantes para quem as experimenta. A última fase do ciclo vital de uma pessoa é a velhice e, assim como as fases precedentes, também ela tem os seus aspetos positivos e negativos, as suas satisfações e dificuldades. Os delineamentos e características de como as pessoas vivem nesse novo período estão, em muito, condicionadas pela imagem social predominante em cada cultura, mais do que pelos aspetos intrínsecos a cada pessoa. Neste sentido, iremos tratar essas fases para melhor percebermos como é que decorre o processo de institucionalização, visto na sua individualidade.

3.2.1. MOTIVOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

A opção pela institucionalização passa “por uma consciência dos limites informais e por prevenir situações de maior dependência que se podem tornar drásticas quando não existe uma cobertura adequada” (Pimentel, 2005 p 178).

Assim, de seguida, iremos verificar que o processo de institucionalização é provocado por um conjunto de razões e de agentes intervenientes.

Os motivos que os levaram a institucionalização são de ordem, na sua grande maioria, problemas clínicos, tendo dois entrevistados ido para o lar por motivos de solidão. Dos cinco entrevistados dois vieram encaminhados do hospital.

“Estava em casa, lembro-me agora que estava em casa, e a minha mãe ouviu dizer que era bom vir para este colégio, porque ia aprender.”
(E1)

“Quando saí do hospital Amadora Sintra vim para aqui porque tive um problema neurológico que me deixou completamente apagado sem reação nenhuma e estou aqui para recuperar.”
(E2)

“Motivos de saúde, então já lhe disse que foi porque caí e me aleije e o meu marido já não conseguia cuidar de mim sozinha.”
(E3)

“Olhe começaram-me a dizer que era bom estar aqui e a minha sobrinha também tinha que cuidar do marido por isso eu vim para aqui, ao menos estou apoiada e a minha sobrinha não está preocupada comigo”
(E4)

“o meu marido ficou doente e foi para o hospital e eu fiquei sozinha, e não gosto de estar sozinha.”
(E5)

Após análise dos entrevistados que levaram à institucionalização destas pessoas percebemos que na maioria dos entrevistados foram várias as causas (motivos de saúde; isolamento social), que ajudaram para a sua institucionalização, sendo que estas se encontram sempre interligadas, apesar de haver a influência de uma delas.

Esta análise está na linha de pensamento de Woroby, Angel e Born (*apud* Martins, 2006) uma vez que também estes autores admitiram situações de institucionalização à pessoa idosa só, com perdas de independência funcional e a ausência de familiares.

Através da técnica utilizada, sendo ela a observação participante ou etnográfica, conseguimos perceber que os entrevistados conseguiram relatar os motivos da institucionalização.

3.2.2. DECISÃO DE ENTRADA NA INSTITUIÇÃO

De uma maneira ou de outra a clareza de integração e aceitação da vivência institucional depende, em grande dimensão, do tipo de cooperação que a pessoa teve na decisão tomada para a institucionalização.

“Em relação à participação do idoso na opção por um lar de idosos, os trabalhos de Reed *et al.* (2003) sugerem quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva.” (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006, p. 110)

Desse modo, constatamos que de um total de cinco entrevistados, três tiveram uma atitude preferencial perante a institucionalização (E1; E3; E4), enquanto que os restantes dois entrevistados repartem-se de igual forma por uma atitude passiva (E2; E5).

Preferencial

“Decidi com a minha mãe, quer dizer o meu pai nessa altura ainda vivia lá em casa.”
(E1)

“Decidi com o meu marido, fomos ao médico e ele disse que se calhar iria ser melhor vir para aqui, ao menos tenho apoio 24h”
(E3)

“decidi em família com a minha sobrinha, ela é que me aconselhou”
(E4)

A preferencial é quando o idoso exerce o direito de decisão.

Passiva

“A minha mulher andou a fazer contactos, e vim para este centro onde me sinto muito bem, só tenho bem a dizer.”
(E2)

“Decidi com os meus filhos, eles ajudaram a decidir a vir para aqui.”
(E5)

Na passiva o encaminhamento para o lar de idosos decorre de decisões de outros sobre o nível e tipo de cuidado requerido pelo idoso e que este aceitou ou seguiu em questionar.

Na amostra do universo estudado não tivemos decisões nem relutante nem estratégica. Mas os autores explicam que a relutante é quando o idoso resistiu ou discordou ativamente do realojamento num lar de idosos, é a circunstância mais dolorosa.

A estratégica exprime um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de adotar esta solução.

Com a observação notamos que grande parte dos entrevistados foram mesmo eles que decidiram se queriam vir para a instituição.

3.2.3. FUTURA ESCOLHA HABITACIONAL

No universo da amostra estudada, verificou-se que só dois dos idosos entrevistados é que visitaram previamente outros lares, tendo os outros três entrevistados optado pela primeira escolha.

Esta escolha destes três utentes foi devido as boas condições habitacionais existentes no lar e também uma boa prestação pecuniária.

“Não vi mais nenhum, foi logo este porque me pareceu bem.”
(E1)

“Não, não foi preciso”
(E2)

“Eu ainda estive noutro lado, mas como não gostava o meu marido veio ver este e gostou e vim para aqui”
(E3)

“Se a memória não me falha eu visitei o lar antes de vir para aqui, não cheguei ir a outros”
(E4)

“O meu filho decidiu logo por este, disse que era muito bom.”
(E5)

Chegamos a conclusão que para uma boa escolha de instituição para um idoso as famílias/ utentes optam por oito critérios, sendo eles:

1. Referências

“Uma das melhores formas de ficar a conhecer um bom lar de idosos é pedir referências a pessoas em quem confia”

2. Localização

“[...] uma família que procura um lar de terceira idade para um idoso, quer que esse espaço seja próximo da residência familiar. Porquê? Para estar o mais perto do idoso possível, de forma a facilitar as visitas regulares, [...] mas também para poder acompanhar de perto o seu estado de saúde e poder estar rapidamente ao seu lado no caso de alguma emergência.”

3. Orçamento

“O internamento de um idoso num lar para a terceira idade implica um custo mensal fixo, o que significa que é necessário delinear um orçamento para o efeito.”

4. Visita Guiada

“Agende a sua visita de preferência para uma altura em que tenha tempo para conhecer bem todas as infraestruturas e equipa – esta visita não deve ser feita a correr, afinal de contas trata-se do local onde o idoso possa vir a passar os próximos anos.”

5. Apresentação

“Pretende-se que um lar de idosos seja isso mesmo, um lar. Deixar a sua casa, o lugar onde provavelmente vive há dezenas de anos, para passar a residir num lar pode ser uma alteração de vida dramática para qualquer idoso. Daí a importância de um lar de terceira idade com infraestruturas modernas, amplas, confortáveis e convidativas, mas não só: a higiene e segurança devem ser a prioridade máxima.”

6. Ambiente

“Pode deparar-se com um lar de idosos novo, moderno e equipado com tudo do bom e do melhor, mas [...]de pouco ou nada serve um lar de idosos luxuoso se o ambiente não for convidativo e familiar.”

7. Staff

“Para além da apresentação das infraestruturas de um lar de idosos, a primeira impressão relativamente ao espaço também terá a ver com a forma como foi recebido pelo *staff*. [...] É importante assegurar que o idoso se sentirá bem-vindo e que estará em boas mãos.”

8. Serviços

“Conhecer um lar de idosos também passa por conhecer o seu dia-a-dia e, como a sua visita provavelmente se resumirá a poucos minutos, não terá uma ideia completa de como é o seu quotidiano, por isso, pergunte.” (Cuidamos.com, 2021)

Com a observação os utentes nomearam os vários motivos de irem para esta instituição.

3.2.4. RAZÕES DA ESCOLHA DA INSTITUIÇÃO

Como podemos observar na resposta anterior (3.2.3) são várias as razões pela escolha de uma instituição, sendo eles, referências; localização; orçamento; visita guiada; apresentação; ambiente; staff; serviços.

No grupo da nossa amostra, referimos que dois dos entrevistados (E1; E5) optou pelo factor referências, outros dois entrevistados (E2; E4) optaram pelo fator apresentação, sendo que um dos entrevistados (E3) optou pelo fator orçamento. Podemos referir que os entrevistados E2 e E4 também são englobados nos fatores ambiente e staff.

“Então foi para aprender e para ter uma boa recuperação.”
(E1)

“A minha esposa disse que este lar tinha boas condições”
(E2)

“Foi por causa do preço, fizeram mais barato e eu vim para aqui”
(E3)

“a minha sobrinha gostou, tem boas condições físicas e as pessoas são simpáticas”
(E4)

“O meu filho gostou das instalações e do pessoal que cá trabalha, são todas muito organizadas”
(E5)

Podemos afirmar que a maioria dos entrevistados vai atrás de referências sobre a instituição, e a apresentação da própria, sendo por último de importante o fator económico e o staff que lá trabalha.

3.2.5. CONSERVAÇÃO HABITACIONAL ANTERIOR

Grande parte dos entrevistados da amostra (E1; E2; E3; E5) conservaram a sua habitação anterior. Só um entrevistado (E4) não conservou a sua habitação, por motivos financeiros.

“Sim conservei a minha casa e ainda passo lá muito tempo com os meus pais.”
(E1)

“Sim, conservei a minha casa anterior e de vez enquanto vou lá”
(E2)

“Sim está lá o meu marido e nos dias de festa vou lá sempre”
(E3)

“não, vendi a minha casa, precisava do dinheiro, também não ia lá”
(E4)

“Sim conservei a minha casa, ainda a tenho.”
(E5)

Verificamos aqui que o sentimento de lugar, posse material num idoso é referenciado através da sua habitação, mesmo estando institucionalizados conservam sempre a sua habitação anterior. Podemos dizer que ela é uma referência para o idoso em termos de espaço/ lugar.

3.3. TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

O envelhecimento é um acontecimento natural, um processo irreversível e com efeitos em todo o universo da sociedade. A institucionalização do idoso é muitas vezes uma vivência, consequência da falta de uma resposta aceitável às suas necessidades existenciais no seio da sua comunidade. Com a ida para a instituição, este vai ao encontro de um universo coletivo de regras e imposições que poderão não ser

consonantes, com a sua história de vida, onde tudo opera de igual modo para todos. Segundo o autor Fernando Pereira (2012) considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Consideram-se ainda idosos institucionalizados residentes os que vivem 24 horas por dia numa instituição. Para Golfman (*apud* Santos, Encarnação, 1998, p. 239), “As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rutura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulados por uma única entidade”.

Assim, iremos verificar que o tempo de institucionalização é diferente de utente para utente.

Ao analisarmos a noção do tempo de institucionalização de cada idoso, verificamos que da amostra estudada cada interveniente tem uma noção diferente do tempo de institucionalização. (E1, E2, E3, E4, E5, respetivamente).

“há 3 anos, acho que sim... não sei bem dizer, mas eu vim com a minha filha, mas tenho certeza que foi a três anos.”
(E1)

“Sim estou mais ou menos há 1 ano”
(E2)

“Estou cá a 1 ano, já fez 1 ano, até me lembro bem, quando vim para aqui tinha estado no hospital, vim para aqui um dia depois de fazer anos”
(E3)

“Não sei, não me lembro a minha memória já não anda boa.”
(E4)

“Estou cá 1 ano, até foi a menina que me recebeu no primeiro dia”
(E5)

Nestas respostas verifica-se que quase todos os utentes têm uma noção do tempo de permanência na instituição e também de quem os encaminhou para a mesma. De

salientar que o entrevistado (E4) demonstra falhas de memória, não apresentando noção do tempo de permanência.

Segundo Fonseca, “o envelhecimento não é um estado, mas um processo que integra uma série de fenómenos que se sucedem numa determinada ordem e durante um certo período de tempo – ciclo da vida. Esta noção ultrapassa a explicação do envelhecimento como idade, como algo estático e introduz explicações integradas e dinâmicas associadas ao percurso de vida dos sujeitos” (*apud* Carvalho, 2013, p. 5).

Ao utilizarmos a observação participante conseguimos perceber as diferentes noções de tempo que cada utente, fomos utilizando esta técnica desde a entrada deles na instituição.

3.3.1. PERCEÇÃO DA MUDANÇA DE MEIO

Torna-se oportuno refletir o processo de separação que se verifica quando a pessoa é institucionalizada, bem como, a adaptação a um novo ambiente a que, como Martins (2006, p. 137) diz, “ironicamente chamamos “Lar” mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa de facto ser o “lar” do idoso”.

No caso específico desta investigação, dos cinco entrevistados, quatro tiveram uma atitude positiva (E1; E3; E4; E5) e um dos entrevistados (E2) assumiu uma atitude neutra em relação à mudança de meio.

Vejamos, num primeiro momento, os entrevistados que reagiram de forma positiva à mudança de meio:

“Senti-me bem, senti-me acompanhada, isto tem aqui tanta gente.”
(E1)

“Senti-me bem porque sabia que ia estar sempre acompanhada e tinha sempre ajuda sempre que precisasse”
(E3)

“Senti-me bem, sabia que a minha sobrinha ia ficar aliviada porque já não era preciso estar a preocupar-se sempre comigo”

(E4)

“Senti-me bem ao menos não estava sozinha, não me sinto isolada”

(E5)

Na verdade, o período anterior à institucionalização é sentido por muitas pessoas como medo e incerteza perante o desconhecido, contribuindo para momentos de tensão. Não impeditivo, Ames (*apud* Martins, 2006) refere que após a institucionalização, esta situação de stress vai diminuindo e mesmo após cerca de um ano desde o dia da institucionalização, a pessoa idosa já criou estratégias adaptativas à sua nova situação.

O entrevistado (E2) demonstra uma atitude neutra perante a mudança de meio.

“Não sei o que senti, porque não sabia para onde vinha, vinha fazer reabilitação e fisioterapia para reforçar os membros inferiores e superiores.”

(E2)

Deste modo, concluímos que a mudança de meio não é vivenciada da mesma forma pelos entrevistados e que esta depende, até certo ponto das circunstâncias da entrada no lar.

3.3.2. ADAPTAÇÃO À INSTITUIÇÃO – ASPETOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Quando questionados não só a cerca das suas opiniões relativas a um Lar de idosos, como também a cerca da adaptação após o primeiro impacto no processo de institucionalização e aforma como se sentem na instituição, os utentes entrevistados revelam posições satisfatórias.

Demonstrando sentimentos de satisfação e bem-estar, salientando como confirmação desta questão a ocorrência de mudanças positivas após a institucionalização.

“Não me adaptei muito bem, fui-me adaptando aos poucos”

(E1)

“incógnito porque no início não conhecia o espaço nem as pessoas, mas aos poucos, ou seja, com o passar do tempo vim a gostar da minha adaptação ao lar.”
(E2)

“Foi muito boa, gosto de estar aqui com as outras pessoas, até tenho uma companheira de quarto”
(E3)

“Muito bem, não custou nada, gosto muito do meu espaço, as pessoas são simpáticas para mim e estão sempre a dar-me comida”
(E4)

“boa, muito boa, gosto muito das pessoas daqui”
(E5)

No decorrer destes testemunhos verificamos que os aspetos que contribuíram para uma boa adaptação ao novo meio foram a liberdade, a competência e interação do pessoal técnico, a companhia e as atividades existentes no lar.

Se a esta análise for acrescentado como indicador o tempo de permanência na instituição, constatamos que são os entrevistados que se encontram a mais tempo institucionalizados, aqueles que expressão sentimentos mais positivos, sinal de uma adaptação bem sucedida.

Na sua adaptação ao lar verificamos que os entrevistados deram como respostas as exaradas na tabela abaixo.

Tabela 3 - Aspetos positivos e negativos da adaptação ao lar

	E1	E2	E3	E4	E5
Privacidade	5	4	5	5	5
Higiene do lar	5	5	5	5	4
Instalações comuns	5	5	5	4	4
Horários e rotinas	4	3	4	4	5
Pessoal Auxiliar	4	5	4	5	5
Pessoal Técnico	5	5	5	5	5
Serviços de saúde	5	4	5	5	5
Atividades Lúdicas e ocupacionais	5	5	5	5	5
Saídas	4	4	5	4	4

1- Nada adaptado; 2- pouco adaptado; 3- adaptado; 4- muito adaptado; 5- Totalmente adaptado

Nota: No ponto a que se refere saídas, os entrevistados recordaram os tempos antes da pandemia (COVID-19).

3.3.3. RELAÇÃO FAMILIAR

Observamos que nas relações familiares dos entrevistados com a família, não sofreram grandes alterações pelo simples facto de estarem a permanecer no lar.

“Não ficou tudo igual. Tudo na mesma.”

(E1)

“Pouca ligação com a família, devido a esta pandemia, e todas as regras que isso trouxe”

(E2)

“Não sofreu nenhuma, continua tudo na mesma, gostamos todos uns dos outros”

(E3)

“É boa veem-me ver sempre no dia das visitas e até ligam”

(E4)

“Não sofri nenhuma, continuamos todos unidos”

(E5)

3.3.4. EM QUE MEDIDA ESTÁ ADAPTADO AO LAR

Como referido ao longo desta investigação, os idosos entrevistados começaram a ter uma boa adaptação ao lar, sentindo estes mesmo a instituição como a sua casa.

“sinto mais pressão agora, não sei anda tudo mais stressado.”
(E1)

“Estou bem adaptado ao lar desde a minha entrada”
(E2)

“Estou bem adaptado, por isso se estou bem deixo-me cá estar”
(E3)

“Estou muito bem adaptado, acho que não podia estar melhor”
(E4)

“Muito bem adaptado, estou-lhe a dizer que gosto de estar aqui, tenho sempre tudo o que preciso”
(E5)

3.3.5. RELAÇÃO FAMILIAR – ATUALMENTE

Numa escala de um a cinco, sendo um nada adaptado e cinco totalmente adaptado, os entrevistados ao fim de um ano de permanência no lar manifestaram-se totalmente adaptados há vivência no lar. Observando-se esta resposta na tabela 4.

Tabela 4 - Relações familiares

	E1	E2	E3	E4	E5
Nada boa					
Pouco boa					
Boa	X				
Muito Boa		X			
Totalmente boa			X	X	X

1-Nada boa; 2- pouco boa; 3- boa; 4- muito boa; 5-Totalmente boa

“se formos a ver é boa, está tudo afastado, está tudo dividido por vários sítios.”
(E1)

“Tenho uma boa relação com a minha família”

(E2)

“É muito boa, em primeiro lugar está o meu marido, e gostamos muito uns dos outros.”

(E3)

“É muito boa continua tudo na mesma”

(E4)

“É muito boa os meus filhos e netos veem sempre aqui ter comigo”

(E5)

Relativamente à tabela 4, podemos observar que a grande maioria dos entrevistados mantém uma relação familiar totalmente boa com a respetiva família.

3.3.6. SUGESTÕES DADAS A DIREÇÃO DO LAR

Por fim, tendo em conta as sugestões apresentadas pelos entrevistados em relação a direção do lar, verificamos que alguns entrevistados, manifestaram o seu parecer relativamente há adaptação que o lar proporciona, sugerindo assim algumas alterações. Verificando-se assim, uma boa vivencia e adaptação dos utentes ao lar.

“Não tenho parecer, o que eles fazem para mim está bem”

(E1)

“A única sugestão que posso dar é em relação as ementas diárias, que às vezes podiam ser mais variadas.”

(E2)

“Algumas funcionárias podiam mudar de atitude, já tive tempo de as conhecer e as vezes existe algumas que são refilonas”

(E3)

“Não tenho nada a dizer, eu gosto de todos”

(E4)

“Não tenho nada a dizer”

(E5)

3.4. O IMPACTO DO COVID-19 NOS LARES DE TERCEIRA IDADE

Com a vinda do COVID-19 para Portugal o grupo de população que ficou mais afetado foi a população idosa, principalmente os idosos que estão a residir em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI)

Os idosos são um grupo de risco e o isolamento obrigatório durante um longo período de tempo, tem como propósito protegê-los da doença Covid-19 e garantir a sustentabilidade dos lares

“O distanciamento físico é essencial para prevenir a propagação do vírus, mas pode ter um impacto negativo para a saúde mental e o bem-estar dos idosos, acentuando sentimentos de solidão, ansiedade, depressão e problemas cognitivos.” (Marques, 2020)

Subitamente, o mundo ficou de pernas para o ar. A Covid-19 é uma advertência global e nenhuma pessoa estava psicologicamente preparado para as limitações e novas configurações sociais que foram decretadas para abrandar o alastramento deste novo vírus, ao qual ninguém ficou e nem está imune.

Segundo a autora Joana Marques, as alterações foram abruptas, e os mais velhos são os que estão a ter maiores dificuldades em se adaptar às novas rotinas de distanciamento e isolamento.

Com o aparecimento da doença Covid-19, os idosos enfrentaram um risco acrescido: o desenvolvimento de altos níveis de ansiedade, que prejudicaram seriamente a sua saúde física e mental dos mesmos.

Rapidamente, tudo mudou, e o que dantes era prudente em prol da saúde mental e bem-estar dos idosos, o envolvimento social, ou seja, fazerem as atividades todos juntos ou as refeições torna-se hoje um fator de risco.

“Desde que foi decretado o Estado de Emergência, os idosos sentem-se mais isolados, ansiosos e com medo, emoções que são mais difíceis de gerir se já estiver presente demência ou depressão.” (Marques, 2020)

O isolamento salvaguarda os idosos do surto de Covid-19, mas pode deixá-los expostos a problemas de saúde mental, notamos que muitos ficaram com depressões e com sentimento de abandono por parte da família. Há uma inquietação acrescida que decorre da fragmentação abrupta de rotinas que confirmavam alguma segurança e sentido de pertença.

O impacto na saúde mental do idoso pode ter consequências físicas e psicológicas severas e acentuar o que antes já era sentido e que na situação atual pode ser acrescentado: solidão, dificuldades em se projetar no futuro e insegurança a todos os níveis.

Com o aparecimento da pandemia os idosos no lar ficaram “à beira de um ataque de nervos”, porque para além de todas as rotinas diárias terem sido alteradas as funcionárias e o pessoal técnico começou a adotar outro tipo de comportamentos, como por exemplo não podemos estar tão juntos deles, tivemos que andar todos equipados e sempre a desinfetar tudo.

“O sistema nervoso dos idosos institucionalizados ressentiu-se com implementação de restrições e com alterações nas rotinas, devido à implementação dos planos de contingência e medidas extraordinárias de higienização e isolamento.” (Marques, 2020)

Quando começaram a aparecer os primeiros casos de Covid-19 em Portugal, no início do mês de Março, a proibição das visitas de familiares e amigos a idosos institucionalizados começou por ser um conselho. No dia 16 de Março, no seguimento de um conjunto de medidas extraordinárias adotadas pelo Governo com o objetivo de controlar a propagação do vírus, as visitas ficaram suspensas. Só mantivemos as admissões de novos utentes em lares, que continuam de portas abertas a novos utentes.

As emoções mais habituais que se fizeram notar nos utentes foi o **medo e ansiedade**, em relação à própria saúde e à saúde dos filhos e netos, mas também de cuidadores de quem o idoso se sente próximo ou amigos nas mesmas circunstâncias; **Preocupação e angústia**, pela necessidade do afastamento físico de familiares e

amigos e pela impossibilidade de continuar a realizar rotinas habituais, como sair do lar e ir dar um passeio; **Incerteza**, por não haver informação concreta sobre o fim do período de isolamento e regresso à normalidade; **Solidão**, decorrente da dispensa por razões de segurança de alguns funcionários com os quais mantinham relações de proximidade e devido ao distanciamento físico da família e amigos; **Zanga**, por sentir que tudo mudou de repente, que pode também originar alguma falta de paciência e de compreensão quanto ao cumprimento de novas regras; **Frustração e aborrecimento**, devido ao impedimento de realizar as rotinas e atividades habituais; **Tristeza e falta de esperança**, porque esta é uma situação nunca antes vivida e para a qual os idosos não têm termos de comparação.

Como foi referido anteriormente a admissão de novos utentes sempre continuou a ser realizada mesmo em tempo de pandemia. A adaptação do utente, neste contexto de pandemia é bem diferente relativamente ao passado. Os próprios familiares depositam na instituição um grande voto de confiança porque só podem ver o espaço para onde o familiar vai através de fotos na internet.

O utente quando entra tem que ficar isolado, mesmo com teste negativo, durante 14 dias, só ao fim destes 14 dias é que podem começar a inserir-se nas rotinas do lar. É uma adaptação muito mais demorada relativamente ao passado.

Esta é uma pequena amostra da realidade do dia a dia na vida de um lar, daqueles que tornaram a nossa vida passada aquilo que é hoje.

Muitos sentiram aquilo que nunca haviam sentido numa vida repleta, de vida, trabalho e esperança em dias melhores, verem todos estes sentimentos de medo, frustração, tristeza, zanga, solidão, falta de esperança... virem ao de cima vive-los na primeira pessoa, onde se esperava que estes fossem os seus anos dourados, serem cortados assim por uma guerra biológica, uma guerra que não se vê.

Não foi nada fácil lidar com esta pandemia (guerra), mas como em tudo na vida, o ser humano tem sempre uma forma de resolver e lutar por uma vida melhor, neste caso o aparecimento das vacinas veio mudar a perspetiva e visão de melhores dias, tanto na vida dos utentes, como na dos funcionários dos lares.

E assim com o aparecimento desta nova arma (vacinas), aqueles que em outros tempos cuidaram de nós e nos encaminharam para aquilo que somos hoje, podem ter uns anos dourados cheios de esperança num futuro melhor, para eles e para todos nós.

4. CONCLUSÕES FINAIS

Uma investigação passa por um processo evolutivo incompreensível que começa a partir de um interesse inicial, que nos incentiva para a descoberta e à produção de uma questão de partida, passando, assim, por um processo de feitura teórica que nos permite basear o problema e formular os objetivos.

Neste sentido foi minha intenção entender como ocorre a institucionalização da pessoa idosa e nas respetivas influências pessoais e de rede social que contribuíram para essa institucionalização. No entanto, é de destacar que todas as conclusões que aqui se iram tecer advêm de uma realidade específica – pessoas idosas utentes num Lar da região de Sintra.

É ainda pertinente mencionar que os esclarecimentos sobre as possíveis repercussões que pode ter esta investigação, não significam de modo algum que as nossas conclusões sejam indiscutíveis, já que a amostra foi de pequena dimensão devido ao aprofundamento requerido, com cinco pessoas idosas utentes do Lar acima referido.

A presente investigação mostrou que a institucionalização das pessoas idosas é um processo provocado por um conjunto variado de razões e mesmo de agentes intervenientes, onde estão implícitos fatores pessoais.

Independentemente de a dependência física ser considerada o principal motivo apontado para a institucionalização da pessoa idosa, esta investigação revelou que outros fatores agilizam também de igual forma a mesma. Não obstante a existência de vários fatores causadores da institucionalização, averiguamos que a perda, definitiva ou mesmo temporária, de autonomia e a indisponibilidade familiar são os motivos mais visíveis e frequentes uma vez que nem sempre a rede informal tem competência para responder às novas exigências requeridas no cuidado à pessoa idosa, havendo necessidade de recorrer à institucionalização.

Deste modo, um bom ou mau processo de acomodação vai-se repercutir na satisfação ou insatisfação de vida da pessoa idosa, numa relação indireta com as atividades desenvolvidas e potência das interações sociais.

Nesta investigação observou-se que grande parte das pessoas idosas entrevistadas sentem-se satisfeitas com a adaptação ao lar. Sendo capaz de dizer que a adaptação

tem um tempo alusivo de um mês, passando esse tempo os utentes, criam hábitos de vivência e adaptabilidade ao lar, criando novos grupos de amizade e uma nova família.

Outra conclusão central desta investigação foi de que o suporte social dado à pessoa idosa veio maioritariamente da rede familiar, salientando o papel fundamental que a família continua a ter no apoio às pessoas idosas.

Outras das conclusões demonstradas foi a de que uma boa adaptação ao lar depende de quem tomou a decisão da institucionalização. Quando a decisão relativamente a institucionalização é do tipo preferencial, ou seja, quando é tomada pela pessoa idosa, encarando a institucionalização como a melhor alternativa, existe uma boa adaptação ao lar. Por outro lado, quando a decisão de institucionalização é do tipo relutante, ou seja, quando é tomada por outra pessoa que não a pessoa idosa contribui para a existência de uma perceção negativa da mudança de meio.

Estabelecida uma relação entre a iniciativa de ingresso na instituição e a perceção da mudança de meio concluímos que existem diferentes assimilações relativamente ao lar e que estas tendem a manter-se ao longo dos tempos.

Ao mesmo tempo que algumas pessoas idosas revelam sentimentos de satisfação perante a sua adaptação ao lar mencionando aspetos como a liberdade, a competência e interação do pessoal técnico, a companhia e as atividades existentes no lar, outras revelam de forma mais negativa as mudanças sentidas, enfrentando a institucionalização como um processo angustiante que implica uma rutura com os hábitos e contextos de vida anteriores. Mesmo após alguns anos desde o início da institucionalização existe um sentimento negativo onde falam da existência de um ambiente triste, a não existência de familiares próximos, a falta de independência, a interação com os outros utentes, a vida monótona e ainda a saúde física.

Com o aparecimento do COVID-19 todos estes sentimentos foram-se acentuando ainda mais, mas com o aparecimento da vacina já ajuda a que os idosos tenham um processo de adaptação mais eficaz.

Em conclusão a importância do Serviço Social no processo de institucionalização da pessoa idosa, designadamente, no acolhimento e inserção da mesma, onde todas as pessoas idosas entrevistadas revelaram um apoio positivo por parte do Serviço Social.

Daqui se infere que o Serviço Social tem um papel fulcral na integração da pessoa idosa no lar, devendo prestar um acolhimento personalizado através da informação e orientação sobre o funcionamento da instituição. Esta avaliação e triagem das situações deve efetuar-se de forma mais completa, personalizada e humanizada possível, sendo posteriormente acompanhada de um projeto institucional que não colida com o projeto de vida da pessoa idosa.

Não obstante, fica aqui a ideia de que não é só ao Serviço Social que cabe a preocupação com uma boa adaptação da pessoa idosa ao lar, mas sim a toda a equipa técnica. Todos devem ter presente Humanização dos serviços, bem como a adequada organização do espaço, estruturados de acordo com as necessidades das pessoas idosas e que respeitem a sua forma de estar na vida. Só neste modo é que o processo de institucionalização e adaptação deixa de ser penoso e angustiante.

REFERÊNCIAS

- Albarello, L. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- André, G., & Walz, H. (2004). O Direitos Humanos na perspetiva do desenvolvimento sustentável e a formação em Serviço Social. *Intervenção Social*, 29, 111-149.
- Augusto, Berta, et al. (2002). *Cuidados continuados: família, centros de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. 1.ª ed. Coimbra: Formasau.
- Baltes, P., Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, M.M. Baltes (eds), *Successful aging: Perspectives of behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press;
- Bengtson, V., Rice, C., Johnson, L. (1999). Are theories of aging important? Models and explanation in gerontology and the turn of the century. In V. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In *Pessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. (1995). New models of aging: Comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14(1), 1-3.
- Birren, J., Schaie, K.W. (1996). The concepts, models and history of the psychology of aging. In J. Birren e K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed). San Diego: Academic Press.
- Birren, J., Schroots, J. (2001). The history of geropsychology. In J. Birren e K. W. Schaie (Eds), *Handbook of the psychology of Aging* (5th ed). San Diego: Academic Press.
- Birren, J., Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren e K. W. Schaie (eds), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed). San Diego: Academic Press.

- Bogdan, R., & Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods: A phenomenological approach to the social sciences*. New York: J. Wiley.
- Bond, J., Coleman, P.G., Peace, S. (1993). *Aging in society - an introduction to social gerontology* (2nd ed.). London: Sage.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado* (1.ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação - Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos* - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009.
- Carvalho, M.I. (2013). *Serviço social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor
- CESIS - Centro de Estudos para a Intervenção Social. (2000). *Envelhecer: um direito em construção - Actas do Seminário*. Lisboa: CESIS.
- Coutinho, C.P. (2018). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Cuidamos.com. (2021). *Como escolher um lar de idosos*. Recuperado de <https://cuidamos.com/artigos/como-escolher-lar-idosos>
- Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho. *Diário da República Eletrónico*. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/265/1999/07/14/p/dre/pt/html>
- Despacho normativo 12/98, de 25 de fevereiro de 1998. *Diário da República Eletrónico*. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/despnorm/12/1998/02/25/p/dre/pt/html>
- Dominelli, L. (2009). *Introducing social work*. Cambridge: Polity Press.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Psicología Pirámide.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

- Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Freitas, Elizabete, *et al.* (2006). – *Tratado de geriatria e gerontologia* (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O Inquérito - teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A.P.M. (Junho 1999). Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice. *Cadernos de Política Social*, 1, 91-114.
- Haddad, E.G.M. (1986). *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez Editora.
- Hayslip, B., Panek, P. (1989). *Adult development and aging*. New York: Harper & Row.
- IFSW, A.G. (Julho 2014). Definição do serviço social. Recuperado de APROSS: <http://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o/>
- INE. (2002). *O Envelhecimento em Portugal, Situação Demográfica e Socio-Económica Recente das Pessoas Idosas*. INE, Lisboa.
- INE. (2004). *Decréscimo e envelhecimento da população até 2050 - 2000- 2050*. Lisboa: INE.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar.
- Lapassade, G. (2001). L'observation participante. *Revista Europeia de Etnografia da Educação*, 1, 9-26.
- Lima, A., Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social categoria de velhice. *Psicologia*, 6 (2), 149-158.
- Lima, M.P. (2010). *Envelhecimento(s), estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Marques, J. (2020). *[Covid-19] O impacto do isolamento na saúde mental dos idosos*. Recuperado de <https://www.laresonline.pt/pt/blog/covid-19-o-impacto-do-isolamento-na-saude-mental-dos-idosos/>

- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa - a prática de cuidados como experiência formativa* (1.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Olabuénaga, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Duesto.
- ONU. (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social - Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*. Lisboa: ISSS Departamento Editorial.
- Ornelas, A., Vilar, D.G.R. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de fatores pessoais e da rede social. *Intervenção social*. 37, 125-144. Recuperado de <https://doi.org/10.34628/k0hz-hq33>
- Ornelas, A.MC. (2009). *O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de factores pessoais e da rede social*. (Dissertação de Mestrado [Não publicada]). Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Osório, A.R & Pinto, F.C (2007). *As pessoas idosas - Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Papalia, D., Olds, S. (1992). *Human development* (5th ed). New York: Mcgraw-Hill.
- Paúl, C. (2001). *A construção de um modelo de envelhecimento humano: o grande desafio da saúde e das ciências sociais no século XXI*. Aula de agregação (Manuscrito não publicado).
- Paúl, C., Ribeiro, O. (2012). *Manual de gerontologia*. Porto: Lidel.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e o meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia, um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto.

- Quaresma, M.L. (2004). *O sentido das idades da vida, interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior de Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico.
- Rabin, B. (2000). Changes in the immune system during aging. In S. Manuck, R. Jennings, B. Rabin & A. Baum (eds), *Behavior, health and aging*. London: Lawrence Erlbaum.
- Ray, M., et al. (2009). *Critical issues in social work with older people*. New York: Palgrave Macmillan.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, R.M.C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. Em L. Albarello, et al., *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- São José, J., Wall, K. (2006). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. *Proteção Social*, 7, pp. 119-154.
- Schroots, J. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal of Aging*, 14(1), 44-66.
- Schroots, J., Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. In *Proceedings of the 9th International Conference of Social Gerontology*, Quebec, Canada.
- Schroots, J., Yates, F. (1999). On the dynamics of development and aging. In V. Bengtson e K. W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Shanas, E. (April 1979). The family as a support system in old age. *The Gerontologist*, 19(2) 169–174. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/19.2.169>

- Silva, C.A.G., Martins, B.L., Porto, C.P., Scherer, R.M.P., Areosa, S.V.C (2011). Institucionalização: relações dos idosos com a família. *IV Jornada de pesquisa em Psicologia: desafios atuais nas práticas da psicologia*. Recuperado de https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10212/38
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2.^a ed.). Porto: Ambar.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. Orlando, Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In S. Silva, & J. M. Pinto (eds), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- Veríssimo, M.T. (2014). *Geriatrics fundamental-Saber e praticar*. Lisboa: LIDEL.
- Yates, F. (1993). Biological perspectives on growing old. In J.Schroots (ed.), *Aging, Health and competence*. Amsterdam: Elsevier.
- Youngusband, E.L. (1951). *Social Work in Britain: a supplementary report on the employment and training of social workers*. Edinburgh: Carnegie United Kingdom Trust.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Guião de entrevista.

Apêndice B - Transcrição das entrevistas

APÊNDICE A

Guião de entrevista

Apresentação e objetivos da entrevista

Estamos a comunicar consigo no sentido de nos disponibilizar uma entrevista sobre os motivos e a sua adaptação que contribuíram para a sua institucionalização no contexto de uma investigação para uma tese de mestrado para a qual nos interessa saber, além da sua perceção acerca dos fatores de institucionalização, um pouco sobre a sua adaptação a uma resposta social designada de ERPI. Esta entrevista é estritamente anónima.

Entrevista

Processo de Institucionalização

- Há quanto tempo se encontra institucionalizado?
- Como era a sua situação antes de vir para o lar? Vivia sozinha/o? Quando enviuvou? Era autónoma/o? Como era a sua saúde? Tinha alguns apoios (centro de dia, apoio domiciliário)? Era apoiada/o por alguém familiar, amigo, vizinho? Esse apoio era suficiente?
- Quais os motivos que o levaram a vir para o lar?
- Motivo de saúde? Sim ou não? Se sim veio encaminhado do Hospital ou outra Instituição?
- Quando decidiu vir para o lar, decidiu em família? Ou foram os filhos/familiares que decidiram por si?
- Visitou previamente o lar ou vários lares?
- Quais foram as razões da escolha deste lar?
- Conservou a sua casa anterior? Costuma ficar lá de vez em quando?
- Como se sentiu perante a mudança da sua casa para o Lar?
- Como foi a sua adaptação ao lar? Diga aspetos positivos e negativos. (pode-se utilizar a escala de 1 a 5)

(explorar aspetos tais como o quarto onde está, a privacidade, a higiene do lar, as instalações comuns, os horários e as rotinas, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico, os serviços de saúde, as atividades lúdicas e ocupacionais, as saídas)

- Que alterações sofreu a sua relação com a sua família?
- Em que medida está adaptado ao lar? Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (nada adaptado) e 5 (totalmente adaptado) diga qual o seu valor. (explorar os mesmos aspetos da pergunta anterior)

- Como é atualmente a relação com a sua família? (pode-se utilizar a escala de 1 a 5)
- Tendo em conta o que nos disse, que sugestões gostaria de fazer à direção do lar para que as pessoas que aqui vivem se adaptassem o melhor possível?

Caracterização da pessoa Idosa

Sócio-demográfica

Sexo

Idade

Estado Civil

Paridade

Com quem vivia

Habilitações Literárias

APÊNDICE B

Transcrição das entrevistas

Entrevista 1

Processo de Institucionalização

- Há quanto tempo se encontra institucionalizado? – há 3 anos, acho que sim... não sei bem dizer, mas eu vim com a minha filha, mas tenho certeza que foi a três anos.

- Como era a sua situação antes de vir para o lar? Estava a trabalhar, estava a trabalhar depois saí e fui para a reforma

Vivia sozinha/o? vivia com a minha mãe quer dizer vivia com os meus pais
Quando enviuvou? já não me lembro quando enviuei.

Era autónoma/o? Considero-me autónoma, faço a minha vidinha toda do dia a dia completamente sozinha e independente.

Como era a sua saúde? Era boa, mais ou menos tinha aqueles problemas normais que todas as pessoas têm, nada de muito grave Tinha alguns apoios (centro de dia, apoio domiciliário)? Era apoiada/o por alguém familiar, amigo, vizinho? Esse apoio era suficiente? – Apoios?! Nunca tive apoios de ninguém nem agora nem nunca, nem o meu marido me apoiava.

- Quais os motivos que o levaram a vir para o lar? – Estava em casa, lembro-me agora que estava em casa, e a minha mãe ouviu dizer que era bom vir para este colégio, porque ia aprender.
- Motivo de saúde? Sim ou não? Se sim veio encaminhado do Hospital ou outra Instituição? – Não, não vim para aqui por causa da saúde.
- Quando decidiu vir para o lar, decidiu em família? Ou foram os filhos/familiares que decidiram por si? - Decidi com a minha mãe, quer dizer o meu pai nessa altura ainda vivia lá em casa.
- Visitou previamente o lar ou vários lares? – Não vi mais nenhum, foi logo este porque me pareceu bem.
- Quais foram as razões da escolha deste lar? – Então foi para aprender e para ter uma boa recuperação.
- Conservou a sua casa anterior? Costuma ficar lá de vez em quando? – Sim conservei a minha casa e ainda passo lá muito tempo com os meus pais.
- Como se sentiu perante a mudança da sua casa para o Lar? – Senti-me bem, senti-me acompanhada , isto tem aqui tanta gente.

- Como foi a sua adaptação ao lar? Diga aspetos positivos e negativos. (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) – Não me adaptei muito bem, fui-me adaptando aos poucos.

(explorar aspetos tais como o quarto onde está, a privacidade, a higiene do lar, as instalações comuns, os horários e as rotinas, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico, os serviços de saúde, as atividades lúdicas e ocupacionais, as saídas)

- Que alterações sofreu a sua relação com a sua família? – Não ficou tudo igual. Tudo na mesma.
- Em que medida está adaptado ao lar? Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (nada adaptado) e 5 (totalmente adaptado) diga qual o seu valor. (explorar os mesmos aspetos da pergunta anterior) – sinto mais pressão agora, não sei anda tudo mais stressado.
- Como é atualmente a relação com a sua família? (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) – se formos a ver é boa, está tudo afastado, está tudo dividido por vários sítios.
- Tendo em conta o que nos disse, que sugestões gostaria de fazer à direção do lar para que as pessoas que aqui vivem se adaptassem o melhor possível? – Não tenho parecer, o que eles fazem para mim está bem

Caracterização da pessoa Idosa

Sócio-demográfica

Sexo

Idade

Estado Civil

Paridade

Com quem vivia

Habilitações Literárias

Entrevista 2

Processo de Institucionalização

- Há quanto tempo se encontra institucionalizado? – Sim estou mais ou menos há 1 ano
- Como era a sua situação antes de vir para o lar? Estava hospitalizado, no hospital fernado fonseca amadora sintra
Vivia sozinha/o? moro em conjunto com a minha mulher
Quando enviuvou? (Neste utente esta pergunta não é aplicável)
Era autónoma/o? Sim considero-me autónomo e independente
Como era a sua saúde? a minha saúde é um pouco fraca, estive no hospital antes de vir para aqui
Tinha alguns apoios (centro de dia, apoio domiciliário)? Era apoiada/o por alguém familiar, amigo, vizinho? Esse apoio era suficiente?- a minha mulher e as minhas duas filhas são os meus apoios.
- Quais os motivos que o levaram a vir para o lar? – Quando saí do hospital amadora sintra vim para aqui porque tive um problema neurológico que me deixou completamente apagado sem reação nenhuma e estou aqui para recuperar.
- Motivo de saúde? Sim ou não? Se sim veio encaminhado do Hospital ou outra Instituição? – Sim, Hospital HFF
- Quando decidiu vir para o lar, decidiu em família? Ou foram os filhos/familiares que decidiram por si? – A minha mulher andou a fazer contactos, e vim para este centro onde me sinto muito bem, só tenho bem a dizer.
- Visitou previamente o lar ou vários lares? – Não, não foi preciso
- Quais foram as razões da escolha deste lar? – A minha esposa disse que este lar tinha boas condições
- Conservou a sua casa anterior? Costuma ficar lá de vez em quando? – Sim, conservei a minha casa anterior e de vez enquanto vou lá
- Como se sentiu perante a mudança da sua casa para o Lar? – Não sei o que senti, porque não sabia para onde vinha, vinha fazer reabilitação e fisioterapia para reforçar os membros inferiores e superiores
- Como foi a sua adaptação ao lar? Diga aspetos positivos e negativos. (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) – incógnito porque no inicio não conhecia o espaço nem as pessoas mas aos poucos, ou seja com o passar do tempo vim a gostar da minha adaptação ao lar.

(explorar aspetos tais como o quarto onde está, a privacidade, a higiene do lar, as instalações comuns, os horários e as rotinas, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico, os serviços de saúde, as atividades lúdicas e ocupacionais, as saídas)

- Que alterações sofreu a sua relação com a sua família? – Pouca ligação com a família, devido a esta pandemia, e todas as regras que isso trouxe
- Em que medida está adaptado ao lar? Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (nada adaptado) e 5 (totalmente adaptado) diga qual o seu valor. (explorar os mesmos aspetos da pergunta anterior) Estou bem adaptado ao lar desde a minha entrada
- Como é atualmente a relação com a sua família? (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) – Tenho uma boa relação com a minha família
- Tendo em conta o que nos disse, que sugestões gostaria de fazer à direção do lar para que as pessoas que aqui vivem se adaptassem o melhor possível? – A única sugestão que posso dar é em relação as ementas diárias, que às vezes podiam ser mais variadas.

Caracterização da pessoa Idosa

Sócio-demográfica

Sexo

Idade

Estado Civil

Paridade

Com quem vivia

Habilitações Literárias

Entrevista 3

Processo de Institucionalização

- Há quanto tempo se encontra institucionalizado? – Estou cá a 1 ano, já fez 1 ano, até me lembro bem, quando vim para aqui tinha estado no hospital, vim para aqui um dia depois de fazer anos
- Como era a sua situação antes de vir para o lar? Estava em casa, é o sitio que eu mais gosto de estar, é tão bonita a minha casa. Vivia sozinha/o? vivia com o meu marido, quer dizer ainda vivo, eu qualquer dia saí daqui e vou para casa Quando enviuvou? (esta pergunta não se aplica ao entrevistado) Era autónoma/o? Eu era autónoma até acontecer o meu acidente, depois olhe foi tudo piorando, a minha saúde foi agravando Como era a sua saúde? a minha saúde já não era boa, já era má, desde que tive o acidente foi tudo piorando Tinha alguns apoios (centro de dia, apoio domiciliário)? Era apoiada/o por alguém familiar, amigo, vizinho? Esse apoio era suficiente? –Não tinha apoios de ninguém, ninguém ajuda ninguém... quer dizer a única pessoa que ajuda é o meu marido.
- Quais os motivos que o levaram a vir para o lar? – Motivos de saúde, então já lhe disse que foi porque caí e me aleijei e o meu marido já não conseguia cuidar de mim sozinha.
- Motivo de saúde? Sim ou não? Se sim veio encaminhado do Hospital ou outra Instituição? – Sim, vim do hospital das forças armadas estive lá muito tempo internada
- Quando decidiu vir para o lar, decidiu em família? Ou foram os filhos/familiares que decidiram por si? – Decidi com o meu marido, fomos ao médico e ele disse que se calhar iria ser melhor vir para aqui, ao menos tenho apoio 24h
- Visitou previamente o lar ou vários lares? – Eu ainda estive noutra parte, mas como não gostava o meu marido veio ver este e gostou e vim para aqui
- Quais foram as razões da escolha deste lar? – Foi por causa do preço, fizeram mais barato e eu vim para aqui
- Conservou a sua casa anterior? Costuma ficar lá de vez em quando? – Sim está lá o meu marido e nos dias de festa vou lá sempre
- Como se sentiu perante a mudança da sua casa para o Lar? – Senti-me bem porque sabia que ia estar sempre acompanhada e tinha sempre ajuda sempre que precisa-se

- Como foi a sua adaptação ao lar? Diga aspetos positivos e negativos. (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) Foi muito boa, gosto de estar aqui com as outras pessoas, até tenho uma companheira de quarto

(explorar aspetos tais como o quarto onde está, a privacidade, a higiene do lar, as instalações comuns, os horários e as rotinas, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico, os serviços de saúde, as atividades lúdicas e ocupacionais, as saídas)

- Que alterações sofreu a sua relação com a sua família? – Não sofreu nenhuma, continua tudo na mesma, gostamos todos uns dos outros
- Em que medida está adaptado ao lar? Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (nada adaptado) e 5 (totalmente adaptado) diga qual o seu valor. (explorar os mesmos aspetos da pergunta anterior) Estou bem adaptado, por isso se estou bem deixo-me cá estar
- Como é atualmente a relação com a sua família? (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) É muito boa, em primeiro lugar está o meu marido, e gostamos muito uns dos outros.
- Tendo em conta o que nos disse, que sugestões gostaria de fazer à direção do lar para que as pessoas que aqui vivem se adaptassem o melhor possível? – Algumas funcionárias podiam mudar de atitude, já tive tempo de as conhecer e as vezes existe algumas que são refilonas

Caracterização da pessoa Idosa

Sócio-demográfica

Sexo

Idade

Estado Civil

Paridade

Com quem vivia

Habilitações Literárias

Entrevista 4

Processo de Institucionalização

- Há quanto tempo se encontra institucionalizado? – Não sei, não me lembro a minha memória já não anda boa.
- Como era a sua situação antes de vir para o lar? Vivia na minha casa, trabalhava no campo e ajudava os meus pais Vivia sozinha/o? vivia com os meus pais mas depois eles faleceram e fiquei a viver sozinha Quando enviuvou? (Não se aplica esta pergunta ao entrevistado) Era autónoma/o? Sim era mas como a minha saúde começou a ficar debilitada, fui perdendo as forças Como era a sua saúde? Era normal, só quando me apareceu esta doença má é que tudo foi piorando Tinha alguns apoios (centro de dia, apoio domiciliário)? Era apoiada/o por alguém familiar, amigo, vizinho? Esse apoio era suficiente? - Tinha apoio da minha sobrinha, ela sempre me ajudou sempre muito, é muito boa para mim
- Quais os motivos que o levaram a vir para o lar? – Olhe começaram-me a dizer que era bom estar aqui e a minha sobrinha também tinha que cuidar do marido por isso eu vim para aqui, ao menos estou apoiada e a minha sobrinha não está preocupada comigo
- Motivo de saúde? Sim ou não? Se sim veio encaminhado do Hospital ou outra Instituição? Não, vim de casa, eu estava em casa
- Quando decidiu vir para o lar, decidiu em família? Ou foram os filhos/familiares que decidiram por si? – decidi em família com a minha sobrinha, ela é que me aconselhou
- Visitou previamente o lar ou vários lares? – Se a memória não me falha eu visitei o lar antes de vir para aqui, não cheguei ir a outros
- Quais foram as razões da escolha deste lar? – a minha sobrinha gostou, tem boas condições físicas e as pessoas são simpáticas
- Conservou a sua casa anterior? Costuma ficar lá de vez em quando? – não, vendi a minha casa, precisava do dinheiro, também não ia lá
- Como se sentiu perante a mudança da sua casa para o Lar? – Senti-me bem, sabia que a minha sobrinha ia ficar aliviada porque já não era preciso estar a preocupar-se sempre comigo

- Como foi a sua adaptação ao lar? Diga aspetos positivos e negativos. (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) – **Muito bem, não custou nada, gosto muito do meu espaço, as pessoas são simpáticas para mim e estão sempre a dar-me comida** (explorar aspetos tais como o quarto onde está, a privacidade, a higiene do lar, as instalações comuns, os horários e as rotinas, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico, os serviços de saúde, as atividades lúdicas e ocupacionais, as saídas)

- Que alterações sofreu a sua relação com a sua família? **É boa veem-me ver sempre no dia das visitas e até ligam**

- Em que medida está adaptado ao lar? Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (nada adaptado) e 5 (totalmente adaptado) diga qual o seu valor. (explorar os mesmos aspetos da pergunta anterior) **Estou muito bem adaptado, acho que não podia estar melhor**

- Como é atualmente a relação com a sua família? (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) **É muito boa continua tudo na mesma**

- Tendo em conta o que nos disse, que sugestões gostaria de fazer à direção do lar para que as pessoas que aqui vivem se adaptassem o melhor possível? **Não tenho nada a dizer, eu gosto de todos**

Caracterização da pessoa Idosa

Sócio-demográfica

Sexo

Idade

Estado Civil

Paridade

Com quem vivia

Habilitações Literárias

Entrevista 5

Processo de Institucionalização

- Há quanto tempo se encontra institucionalizado? *Estou cá 1 ano, até foi a menina que me recebeu no primeiro dia*
- Como era a sua situação antes de vir para o lar? *Estava em casa com o meu marido fazíamos a nossa vidinha, até fazíamos aqueles passeios com muitas pessoas. Vivia sozinha/o? Não, vivia com o meu marido Quando enviuvou? (Não se aplica esta pergunta ao entrevistado) Era autónoma/o? sou autónoma, consigo fazer tudo sozinha, não preciso de ajuda de ninguém. Como era a sua saúde? a minha saúde é normal, não tenho grandes problemas, sinto-me bem. Tinha alguns apoios (centro de dia, apoio domiciliário)? Era apoiada/o por alguém familiar, amigo, vizinho? Esse apoio era suficiente? – não tinha apoios os meus filhos dão apoio todo que é preciso*
- Quais os motivos que o levaram a vir para o lar? – *o meu marido ficou doente e foi para o hospital e eu fiquei sozinha, e não gosto de estar sozinha.*
- Motivo de saúde? Sim ou não? Se sim veio encaminhado do Hospital ou outra Instituição? *Não, eu estou boa*
- Quando decidiu vir para o lar, decidiu em família? Ou foram os filhos/familiares que decidiram por si? – *Decidi com os meus filhos, eles ajudaram a decidir a vir para aqui.*
- Visitou previamente o lar ou vários lares? – *O meu filho decidiu logo por este, disse que era muito bom.*
- Quais foram as razões da escolha deste lar? – *O meu filho gostou das instalações e do pessoal que cá trabalha, são todas muito organizadas*
- Conservou a sua casa anterior? Costuma ficar lá de vez em quando? – *Sim conservei a minha casa, ainda a tenho.*
- Como se sentiu perante a mudança da sua casa para o Lar? – *Senti-me bem ao menos não estava sozinha, não me sinto isolada*
- Como foi a sua adaptação ao lar? Diga aspetos positivos e negativos. (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) *boa, muito boa, gosto muito das pessoas daqui*

(explorar aspetos tais como o quarto onde está, a privacidade, a higiene do lar, as instalações comuns, os horários e as rotinas, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico, os serviços de saúde, as atividades lúdicas e ocupacionais, as saídas)

- Que alterações sofreu a sua relação com a sua família? – *Não sofri nenhuma, continuamos todos unidos*

- Em que medida está adaptado ao lar? Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (nada adaptado) e 5 (totalmente adaptado) diga qual o seu valor. (explorar os mesmos aspetos da pergunta anterior) **Muito bem adaptado, estou-lhe a dizer que gosto de estar aqui, tenho sempre tudo o que preciso**
- Como é atualmente a relação com a sua família? (pode-se utilizar a escala de 1 a 5) **É muito boa os meus filhos e netos veem sempre aqui ter comigo**
- Tendo em conta o que nos disse, que sugestões gostaria de fazer à direção do lar para que as pessoas que aqui vivem se adaptassem o melhor possível? – **Não tenho nada a dizer**

Caracterização da pessoa Idosa

Sócio-demográfica

Sexo

Idade

Estado Civil

Paridade

Com quem vivia

Habilitações Literárias