

Introdução

Nos últimos dois séculos a população mundial tem aumentado de forma exponencial, devido essencialmente ao desenvolvimento científico e tecnológico. O desenvolvimento da medicina e dos cuidados de saúde e na doença têm evoluído em progressão geométrica. O nível de vida das populações tem assim melhorado e conseqüentemente aumentado a esperança de vida. Este facto só por si representa a confrontação por parte dos governos, das instituições e das famílias de uma realidade que exige cada vez mais actualizações de conhecimentos e estratégias. A pirâmide demográfica começa a ficar invertida, apresenta cada vez mais um topo maior que a sua base. Representa assim que vivemos numa sociedade envelhecida, onde o numero de idosos é substancialmente maior que os mais novos

O aumento da esperança de vida tem impactos a nível das políticas de segurança social, na revisão de conceitos sobre velhice, na reorganização das estratégias familiares e da chamada sociedade civil. A velhice é uma consequência normal de todo um processo de desenvolvimento do ser humano. O povo sabiamente diz “Quem de novo não morre de velho não escapa “. A velhice deve ser encarada como uma etapa natural a que as pessoas ascendem e na qual têm direito de usufruir o mais dignamente possível, depois de uma vida de trabalho e de contribuição activa na construção e desenvolvimento social.

As famílias são confrontadas com novos ritmos de trabalho e todos os membros em idade activa são chamados a participar activamente no mundo do trabalho como forma de equilibrar o orçamento doméstico. A velhice pode representar um grau de dependência e de prestação de serviços complexos a que as famílias poderão não conseguir dar resposta. O abandono do idoso por parte da família também é um problema a ter em conta. Existem também muitos idosos que não têm família ou que a família já não mora na terra, ou então emigrou

A existência de lares, e de todo um conjunto de instituições e serviços de apoio à terceira idade, surgem como necessidade de dar resposta à dependência do cidadão idoso.

O presente trabalho pretende estudar o idoso institucionalizado no concelho de Lamego. As razões da institucionalização, o apoio familiar e comunitário, a qualidade dos serviços e das instalações, o papel dos vários agentes interventores em todo o processo.

Entendeu-se ser necessário consolidar os diversos conceitos, desenvolver uma perspectiva geral da velhice e fazer uma breve análise do contexto político e social a que a velhice está sujeita. A família, os amigos e uma série de laços sociais a que o cidadão idoso pode estar ligado, ocupa um lugar central neste estudo. A presença desses laços familiares, sociais e/ou institucionais e a forma como podem funcionar e ajudar o idoso, ou inversamente, como a ausência destes laços podem ser um obstáculo na vivência de uma

velhice com a dignidade merecida. Perceber a dinâmica e as limitações das instituições que na sociedade trabalham para oferecer serviços ao cidadão idoso. O conceito de instituição total e a sua adequação ao lar de idosos é uma abordagem sempre útil para a compreensão do funcionamento dos lares e dos processos em que o idoso se inicia logo nos primeiros momentos de entrada nestas instituições.

Entender o moderno serviço social nas suas várias dimensões é importantíssimo na medida em que é uma parte integrante e fundamental de toda a dinâmica que envolve o idoso institucionalizado. O lar de idosos e o trabalho social que se faz em torno do idoso institucionalizado tem que ser compreendido nos aspectos éticos e ontológicos. É necessário compreender a ponte de ligação entre a família, os profissionais do trabalho social e o idoso e, definir os deveres e/ou competências de cada parte para percebermos melhor a problemática deste estudo.

A região onde se pretende efectuar o estudo é o Concelho de Lamego. Neste concelho em 2004 existiam 4.705 pessoas com mais de 65 anos, numa população total de 27.276 pessoas, (ENE, 2004). O facto de ser uma região do interior e apesar de fazer parte de uma região de forte importância agrícola e turística como é o caso do Douro que é considerado património mundial da humanidade, os efeitos da interiorização têm-se feito sentir também na diminuição da população. Nas estimativas do ENE, em 31 de Dezembro de 2008 o total da população do concelho de Lamego era de 25 863 indivíduos. A população com mais de 65 anos seria de 4 552 pessoas. O índice de envelhecimento de 125.0 e o índice de dependência dos idosos 25,8, (ENE, 2008).

No concelho de Lamego são disponibilizadas várias alternativas de serviços ao domicílio e lares de dia, no entanto a população em estudo é o idoso com residência fixa em instituição Geriátrica. Existem no concelho de Lamego três lares de idosos e uma residência sénior, perfazendo assim quatro instituições que oferecem serviços de internamento completo. Estes estabelecimentos representam cerca de 212 idosos institucionalizados no concelho em estudo. Quando os lares foram convidados para colaborarem no estudo, foram feitas inicialmente entrevistas exploratórias aos directores dos respectivos lares, para consciencialização das particularidades e das questões consideradas mais pertinentes. A concretização de entrevistas a certos utentes foi considerada como possível. Assim foram inquiridos 60 idosos. A opinião dos familiares foi apurada através de 60 questionários. E foram feitas quatro entrevistas aos directores técnicos dos respectivos quatro lares em estudo. Entrevistou-se também a directora da Universidade Sénior e três médicos de família, como forma de se compreender melhor a situação do idoso residente no respectivo concelho em estudo. A institucionalização do idoso muitas vezes é originada por uma doença incapacitante. À estadia hospitalar segue-se o internamento num estabelecimento Geriátrico. O abandono ou a inexistência de familiares prolonga muitas vezes a continuação do idoso num Hospital. A opinião da equipa de enfermagem também foi considerada importante porque são estes elementos a par dos auxiliares, que mais contactam com o idoso institucionalizado,

nesse sentido foram realizadas entrevistas a três enfermeiros que prestam serviço nas instituições em estudo. Houve ainda um inquérito à população do concelho de Lamego abrangendo uma amostra de 240 inquiridos no sentido de se apurar a opinião da população em relação aos lares de idosos e ponderação numa possível futura institucionalização do próprio ou de um familiar.

Velhice: terceira e quarta idade

É importante antes de se entrar na problemática teórica da velhice e do envelhecimento dos seres humanos, de consolidar as ideias sobre a terceira e quarta idade. Existem muitas definições possíveis, varias proposta são sugeridas por muitos autores, mas para o objectivo deste trabalho o importante é reter a ideia base daquilo que pode ser cada etapa da velhice.

Terceira idade

Assim terceira idade serão os anos que compreendem o período em que as pessoas estão libertas das responsabilidades parentais e do mercado de trabalho, no entanto os indivíduos sentem força e liberdade para levarem ainda uma vida activa e independente. Podem assim desenvolver possibilidades de viajar, prosseguir a formação académica ou desenvolver novas aptidões, (Giddens, 2004).

Quarta idade

Quarta idade entende-se como sendo os anos de vida em que as pessoas começam a denotar dependência devido à debilidade física e psíquica por motivos da fragilidade advinda da degenerescência etária, (Giddens, 2004).

A quarta idade tem uma forte componente de dependência médica e medicamentosa. As necessidades em cuidados de enfermagem, de vigilância, e de toda uma série de serviços de primeira necessidade ocupam um lugar central no quotidiano dos elementos desta idade.

Terceira idade foi um termo inventado pelo doutor Huet em 1956. Depois apareceu a ideia de quarta idade e actualmente já há alguém a falar de uma quinta idade. Uma sucessão de termos têm vindo a ser empregues, tais como, pessoas de idade, veteranos, terceira idade, idosos, reformados, seniores, (Amyot, 2008).

Características Gerais da Velhice

O senso comum construiu uma imagem da velhice como sendo uma experiência negativa por parte de todos que a atravessam, no entanto, a investigação gerontológica têm provado o contrário e contribuído deste modo para fazer desaparecer os estereótipos do idoso como ser frágil, dependente, pobre, assexuado, esquecido e infantil, (Lima, 2006).

A discriminação etária é uma ideologia que assenta nos estereótipos de que a maioria das pessoas idosas com mais de sessenta e cinco anos está em hospitais ou em lares, ou que a maioria já está senil, ou que os trabalhadores mais velhos são menos competentes e capazes que os mais jovens, No entanto, estudos têm revelado o contrário, ou seja, a produtividade e assiduidade dos trabalhadores com mais de sessenta e cinco anos é superior à média dos grupos mais jovens. Por outro lado, nos países economicamente desenvolvidos, (95%) noventa e cinco por cento do grupo de cidadãos com mais de sessenta e cinco anos de idade, vive ainda em residências particulares e apenas (7%) sete por cento do grupo compreendido entre sessenta e cinco e os oitenta e cinco anos de idade, apresentam sintomas de senilidade. (Giddens, 2004).

A velhice actualmente pode ser vivida utilizando várias técnicas modernas de embelezamento que possibilitam uma aparência mais jovem. Hoje tenta-se envelhecer com mais saúde e com mais actividade. O desporto ou actividade física, a cirurgia plástica, os cremes e a dietética e todo um conjunto de recursos têm como objectivo retardar o tempo biológico, (Bayle, 2002a).

“O modo de actuar, de pensar, de sentir e de interpretar a realidade constituem, em qualquer idade e também na velhice, variáveis psicológicas que dependem de um numero incontável de transacções que se estabelecem ao longo do ciclo de vida entre um organismo biológico e sua envolvente social e histórica.” (Fonseca, 2006.54).

Nas culturas pré - industriais ou nas sociedades não ocidentais como por exemplo a China ou a Índia, ainda se acredita que a idade é sinónimo de sabedoria, por conseguinte o conselho dos anciões é sempre útil de aproveitar. Nas sociedades ocidentais a tendência é desprezar a sabedoria dos idosos pois é considerado como algo desactualizado, (Giddens, 2004).

Este facto poderá ter muito a ver com a dificuldade dos idosos em se adaptar às novas tecnologias, onde os jovens são cada vez mais exímios utentes. Por outro lado a sabedoria nas sociedades actuais carece cada vez mais de actualização e consequentemente de perícia nas

novas tecnologias onde se pode chegar à informação. Assim se poderá explicar uma parte do desprezo por parte dos não-idosos em relação à sabedoria dos idosos.

No mundo desenvolvido uma em cada sete pessoas tem mais de sessenta e cinco anos e dentro de trinta anos essa proporção será de um para quatro. Neste meio século, ou seja até 2050, o número de pessoas com mais de oitenta e cinco anos deverá multiplicar-se por seis, (Giddens, 2004).

Actualmente a crise da meia-idade aparece por volta dos cinquenta anos de idade, enquanto no século XIX era por volta dos trinta e cinco anos de idade, (Bayle, 2002a).

O processo de envelhecimento é vivido de forma diferente por parte de cada ser humano, no entanto a classe social, o género e a raça são factores preponderantes na vivência do envelhecimento. Por exemplo, as mulheres normalmente, vivem mais anos que os homens, conferindo assim uma forte feminilidade nas características gerais da terceira e quarta idade. Este último facto pode no entanto traduzir uma menor rentabilidade de pensões, se essas mulheres representarem aquelas que se dedicaram mais ao domínio doméstico e que estão assim mais dependentes das pensões deixadas pelos maridos. Estudos revelaram que as mulheres também usufruem de recursos de mobilidade mais reduzidos que os homens, traduzindo-se assim numa maior restrição de acesso a cuidados de saúde, compras e contacto com os outros, (Giddens, 2004).

Os filhos, quando os há, saem de casa e formam outros lares, deixando os pais “outra vez” mais entregues a si próprios. O conceito de família pós-parental traduz o começo de um novo ciclo de vida que representa a aprendizagem de novos ritmos. Com o decorrer do tempo o sentido de necessidade de ajuda vai invertendo-se, ou seja, com o aumento da dependência, são agora os pais que necessitam da atenção e cuidados redobrados por parte dos filhos.

Reconhecemos o ser humano como um ser social, pressupõe estarmos atentos às redes sociais que desenvolve. As redes sociais mudam ao longo do ciclo de vida do ser humano, devido às mudanças dos contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, etc. Ao longo da vida vamos assistindo à morte, à doença e ao aumento de incapacidades dos nossos pares.

A existência de redes de apoio informal oferece um contributo essencial para desenvolver autonomia, a avaliação positiva, a satisfação com a vida, o desenvolvimento da saúde mental e todo um conjunto de factores que se traduzirão num “envelhecimento óptimo”. A saúde mental depende muito da sociabilidade das nossas relações e as relações sociais actuam como protecção nas situações de descompensação, (Paúl, 2005).

A dependência

Os conceitos de dependência e de incapacidade podem muitas vezes confundirem-se. Podemos expor que a dependência existe sempre que o grau de incapacidade impossibilite determinada aptidão de funcionar. Por outro lado, pode existir incapacidade e não existir dependência.

Conhecer o grau de incapacidade funcional dos indivíduos dependentes é fundamental para depois se estabelecer os cuidados adequados. Utilizando escalas pode-se calcular no domínio clínico a evolução do paciente. Normalmente são usados três níveis classificatórios de dependência: ligeira, moderada e grave, (Figueiredo, 2007).

O grau de dependência de uma pessoa na velhice pode ser determinado através de métodos de avaliação funcional. *“A funcionalidade tem sido definida como a capacidade de um individuo para se adaptar aos problemas e exigências do quotidiano e é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das actividades da vida diária (AVD) que por sua vez, se subdividem em a) actividades básicas da vida diária (incluem cuidados com a higiene pessoal, vestir, alimentar-se, mobilidade); b) actividades instrumentais da vida diária, indicativas da capacidade para levar uma vida independente no seio da comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer compras, utilizar os meios de transporte, administrar os medicamentos, gerir os rendimentos; c) actividades avançadas da vida diária, caracterizadas por acções mais complexas e, em grande parte, ligadas à automotivação, como o trabalho, actividades de lazer, exercício físico e contactos sociais. Saliente-se que estas últimas não fazem parte da avaliação funcional multidimensional”*, (Figueiredo, 2007:67).

Actualmente as pessoas de idade que sofrem de deficiências intelectuais ou cognitivas, já não encontram soluções de internamente nas unidades hospitalares especializadas (psiquiatrias), mesmo que a sua situação não lhes permita viver no domicílio. As políticas alternativas à hospitalização conjugadas com o aumento da demografia, provoca efeitos que conduzem as pessoas aos estabelecimentos sociais e medico sociais. O diagnóstico da doença de Alzheimer cobre uma data de situações inscritas em campanhas de diagnóstico cada vez mais sistemáticas. O número de casos desta doença tem vindo a aumentar de forma exponencial. As famílias com elementos que sofrem de desorientação e confusão mental, recebem a permanência no domicílio e procuram na institucionalização a ajuda especializada e a segurança do familiar e do restante da família. Estas necessidades poderão, no entanto, não ter ainda resposta adequada por parte das instituições geriátricas em termos estruturais e recursos humanos, face a estas formas de dependência, (Vilhez, 2005).

Nas situações de dependência temporária que motiva a institucionalização temporária, a tendência é a permanência na instituição mesmo depois de resolvidas as causas do internamento. Quer a família, quer mesmo o próprio idoso, muitas vezes tendem a acomodar-se à nova situação de ter alguém preocupado com a alimentação, a higiene e segurança da pessoa de idade, a saúde e a doença, etc. Claro que essa aceitação funciona na proporção do tempo que esse internamento temporário durou. A família entretanto vai-se acostumando e acomodando-se ao facto do seu familiar já não viver no domicílio e o idoso começa a adaptar-se ao processo de institucionalização. Quando se entra uma vez numa instituição geriátrica, *difícilmente já de lá se sai...* É a dependência e não a idade que é a principal causa da institucionalização, Darnaud, (1999).

A solidão e isolamento do idoso dos nossos dias remetem o ser humano nesta fase da vida para situações de exclusão e marginalidade complexas, (Pitaud, 2010).

Maus-tratos na idade sénior

Os maus-tratos no idoso surgem em diversas formas. Estas violências podem existir quer no idoso institucionalizado, quer no idoso que habita só ou no seio familiar. Infelizmente seria longa a lista das formas de violência que os idosos sofrem. Muitas vezes os maus-tratos são difíceis de serem detectados. A violência à pessoa ocorre entre paredes e é encoberta por uma série complexa de circunstâncias e cumplicidades. Por vezes é no casal idoso, motivado por ideias de superioridade de género. Outras vezes manifesta-se na forma de desinteresse ou negligência por parte dos familiares ou de cuidadores profissionais.

A negligência por parte dos cuidadores de idosos acamados manifesta-se por, sinais visíveis de feridas na pele, na carne e no sofrimento de imobilidade quando são amarrados à cama. A carência alimentar é também uma forma de violência mais comum do que aquilo que se podia pensar. No domicílio os idosos muitas vezes estão acamados em camas demasiado incómodas. Surge assim a dificuldade de mudança de posição, acompanhada com a falta de higiene conveniente, diminuição de consciência, desidratação, aparecimento de escarras e todo um conjunto de situações que favorecem um quadro de insuficiência cardiovascular, respiratória e anemia, (Hugonot, 2007).

Nas instituições de acolhimento poderão também existir violências, no entanto muitas vezes são situações de exagerado descontentamento por parte de familiares. Existe a tendência de se colocarem ao lado das acusações do seu familiar devido ao sentimento de auto-culpabilização por não o puderem ter em casa, (Francoeur, 2010).

A investigação da violência no idoso é sempre difícil de investigar quando esbarra com protecções de classe profissional. Existe uma série de violências que institucionalmente são aceites como pratica necessária para o controlo de comportamentos descompensados do idoso. O acto de amarrar um idoso agitado à cama ou o acto de prescrever e administrar neurolépticos ou outros medicamentos controladores do comportamento são aceites como uma alternativa para controlar o comportamento do idoso e atenuar a falta de recursos humanos devido à necessidade de controlo de custos. Não se pode ter um profissional por cada utente. A formação profissional e sensibilização humanizante dos enfermeiros e pessoal auxiliar é imprescindível para a compreensão das imposições éticas e consequentemente a execução de uma pratica de serviços sem violência, (Atane, 2010).

A violência pode existir na pessoa do idoso nas suas variadas formas e praticado pelos cônjuges e/ou restantes familiares, pelos profissionais das instituições onde estão internados, por qualquer pessoa que o idoso contacta por qualquer razão. No entanto muitas vezes é o idoso que é o autor da violência.

No apoio ao domicílio, por exemplo, alguns enfermeiros liberais (por conta própria) queixam-se de serem vítimas da violência dos idosos na forma de insultos e por vezes de agressões físicas. Mas os colegas que trabalham nas instituições também se queixam do mesmo. Não são só os enfermeiros a registarem queixas da violência dos idosos, pois de um modo geral todos os profissionais têm relatos para comprovarem a existência deste fenómeno, (Darnaud, 1999).

Soluções de apoio à velhice

A velhice representa a ultima fase da nossa vida nesta existência. A necessidade de aumento de cuidados de saúde, de doença e de assistência face ao gradual declínio de capacidades físicas, intelectuais e psicológicas do ser humano é uma evidencia que a grande maioria pode testemunhar. Continuar a viver no domicílio junto dos familiares e no mesmo espaço onde se desenvolveram relações de vizinhança e outras relações de proximidade será talvez o ideal. Acabar os últimos dias de vida no domicílio é sempre um direito que se devia proteger. No entanto, existem várias condicionantes que devem ser muito bem ponderadas. Por vezes permanecer no domicílio pode não representar a melhor solução. Em muitas situações ir morar num espaço especializado para os problemas desta idade pode ser uma alternativa mais inteligente e cómoda para o próprio idoso. Morar junto de pessoas que

compartilham a mesma classe etária pode ser estimulante e uma boa forma de combater o isolamento das pessoas de idade. No entanto, também pode representar a constatação de morte (a pouco e pouco vão morrendo os outros utentes), o convívio entre pessoas tristes e o sentimento de despersonalização face ao seu estado de ser humano institucionalizado. Muito dependerá da dinâmica que cada instituição desenvolve.

Na Inglaterra, estudos recentes mostraram que têm mudado as preferências dos idosos em relação à prestação de cuidados em caso de necessidade. Actualmente as preferências têm sido em soluções intermédias que pode passar pelo apoio familiar, mas substancialmente pela obtenção de serviços públicos que têm apostado na oferta de serviços diversificados de apoio domiciliário, (Anica, 2002).

Muitas soluções se têm desenvolvido como tentativa de resposta ao problema da dependência na velhice. No passado havia a tendência de se internar os idosos dependentes nos hospitais. A preocupação em separar a condição de velhice e os estados degenerativos associados das verdadeiras situações de doença em que realmente é necessário o internamento em unidades hospitalares, deve-se ao desenvolvimento dos conhecimentos sobre a velhice e a necessidade dos próprios hospitais se dedicarem exclusivamente à razão da sua existência ou seja, ao tratamento de doença. Desenvolveram-se então, varias alternativas de apoio à dependência na velhice, que pode passar pela institucionalização do idoso com ou sem apoio familiar, ou por soluções de manutenção no domicilio com ou sem apoio familiar, onde a qualidade e diversidade de serviços ao domicilio pode ser determinante na tomada de opções. Existem depois situações mistas, que passam pela vivência entre o domicílio próprio ou de algum familiar e a **estadia temporária** em lares de idosos ou lares de dia. A estadia temporária em lares de idosos por vezes é apenas durante os Invernos e é uma forma de defesa do próprio idoso, fase ao rigor do clima. (Amyot, 2008) e (Ennuyer, 2006).

Existem soluções conhecidas por **acolhimento familiar** que é quando uma família acolhe um idoso e é remunerada por isso. O idoso nesta solução evita uma eventual entrada em lar de idosos e pode viver em ambiente relativamente familiar, (Ennuyer, 2006) e (Amyot, 2008). É uma oportunidade da comunidade participar na solidariedade ao idoso ao mesmo tempo que as famílias participantes nestas alternativas podem auferir rendimento equilibrando o orçamento familiar, verificadas as devidas condições de habitabilidade e de aptidões humanas dos respectivos membros familiares.

Os **domicílios colectivos e pequenas unidades de vida**, é um conceito onde as habitações podem alojar no máximo 25 idosos. Resolvem os problemas de isolamento e de insegurança dos idosos, ao mesmo tempo podem aproveitar colectivamente uma série de serviços que individualmente seria impossível de suportar individualmente por motivos económicos e de organização. Situado na antiga zona de residência do idoso, os contactos, e os laços sociais mantêm-se. É um serviço de proximidade onde o idoso, independentemente

do grau de incapacidade e apesar de já não habitar mais no seu antigo domicílio, continua a habitar no seu ambiente social e urbano (Villez, 2005) e (Amyot, 2008) e (Ennuyer, 2006).

As residências seniores ou lares seniores são muitas vezes um conjunto de habitações individuais que beneficiam de um conjunto de serviços comuns. Trata-se de idosos que desfrutam de uma velhice activa ou então ainda têm um grau de incapacidade baixa. A população de idosos que adere a este modelo de residência, deseja usufruir de habitações adaptadas à velhice e de uma vigilância a eventuais incapacidades que possam vir a desenvolver. A grande vantagem para estes idosos é viverem num alojamento aberto ao exterior, onde ainda não se pode falar de institucionalização do idoso pois é conservado um grau de autonomia bastante elevado, (Amyot, 2008).

O serviço ao domicílio é o instrumento que fornece os argumentos para a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio. A qualidade, diversidade de serviços, proximidade e o preço de custo são factores importantes a ter em conta quando se pondera pela utilização do serviço ao domicílio. Pode ser prestado de diversas formas, quer seja pela utilização dos serviços de uma entidade privada ou associativa, quer seja pelo contrato de alguém a tempo inteiro ou parcial.

Principais limites à manutenção no domicílio

Ao analisarmos os limites à manutenção no domicílio estamos também a analisar as razões que impulsionam à institucionalização do idoso. O estado degenerativo da saúde física e psíquica da pessoa idosa não é só por si factor determinante para a institucionalização em estabelecimento Geriátrico. É imperativo que sejam sempre considerados uma série de condicionantes e de direitos da pessoa. Existem várias recomendações para se prolongar o mais possível a permanência no ambiente familiar, social e cultural em que o idoso sempre viveu. Só se não houver garantia de manutenção de cuidados de assistência de saúde e de cuidados primários é que se deve considerar a institucionalização. Nos estabelecimentos geriátricos são disponibilizados serviços especializados que para a maioria da população são difíceis de ter acesso no domicílio.

O estado físico e mental da pessoa idosa tem efeitos significativos no seio familiar. A demência com todos os sinais devastadores da personalidade, da memória, capacidade de raciocínio, autonomia e independência, provoca nos familiares a sensação de perda. A deterioração cognitiva, emocional e física do familiar doente obriga toda a família a introduzir alterações nos papeis familiares, (Figueiredo, 2007).

A permanência no domicílio vai perdendo terreno a favor da institucionalização na proporção de dependência e estado de saúde do idoso. A necessidade de serviços especializados, quer a nível de recursos humanos, quer a nível estrutural ou de tecnologia de apoio nas dependências associadas à degenerescência na idade, são determinantes nas decisões de permanência no domicílio.

Os principais limites à manutenção no domicílio podem ser descritos como, o **estado físico e mental da pessoa** na medida que pode ser incapacitante na realização das tarefas domésticas, como a alimentação e a higiene. A **falta de meios de ajuda ao domicílio**, porque os serviços domiciliários ou os profissionais liberais, por exemplo na área da enfermagem ou ajudantes ao domicílio, ainda não cobrem toda a extensão territorial. Normalmente a área rural apresenta mais carências nesta área. A **falta de certos serviços específicos**, que não são custeados pela assistência social ou que nem sequer fazem parte do conjunto de ofertas dos serviços ao domicílio. A impossibilidade de acesso a serviços ao domicílio por motivo de carência económica. É o caso da hospitalização ao domicílio. **A falta de ajuda suficiente** para as necessidades da manutenção ao domicílio. É o caso das horas de solidão e quando não há hipóteses financeiras ou mesmo falta de profissionais de companhia. Pode ser também quando os ajudantes ao domicílio desistem da prestação de serviço devido à sensação de que o tempo e a diversidade de serviços são insuficientes, levando a aconselhar a institucionalização. A **falta de dinheiro** pode ser um incentivo para a institucionalização. A **inexistência de ajuda familiar** nas pessoas dependentes e a solidão. A **intolerância do idoso face à sua situação**. Por vezes preferem a institucionalização a terem que se sujeitarem com serviços de estranhos no seu domicílio. Não toleram viver com as incapacidades e sentimento de dependência no seu próprio ambiente doméstico. **Insegurança familiar** por motivos de segurança do familiar ou dos outros familiares. Por exemplo quando há diagnóstico de doença de Alzheimer e existem crianças na casa. **Limites impostos pelos profissionais**, normalmente são os médicos ou serviços hospitalares em colaboração com os serviços sociais, por motivos de protecção da saúde do próprio e/ou dos outros familiares, ou por necessidade de assistência adequada. **Diferente visão de risco entre profissionais**. Os profissionais médicos, sanitários e sociais têm formações diferentes e eventualmente uma perspectiva diferente quanto aos objectivos do seu trabalho e quanto à liberdade da pessoa enquanto paciente, (Ennuyer, 2006).

Principais agentes no apoio à idade sénior

O profissionalismo, a experiência, a capacidade de adaptação e de improvisação, dos agentes envolvidos nas diversas soluções de apoio à idade sénior, são determinantes na dinâmica e eficácia/realização dos projectos e por consequência dos utentes, dos familiares e da comunidade envolvente.

No idoso institucionalizado, existe uma série de agentes ligados directamente ao utente e que influenciam decisivamente a vida na instituição. O apoio familiar, o médico de família e o médico da instituição, o enfermeiro, os técnicos do serviço social, psicólogo, animadores, pessoal auxiliar, serviço religioso, técnicos de qualidade alimentar e uma direcção técnica e administrativa qualificada.

No idoso que habita no domicílio, os principais agentes são os familiares (quando existem), o médico de família, os enfermeiros e auxiliares, o técnico de serviço social, o serviço ao domicílio, os amigos (quando ainda os há), a solidariedade comunitária e as iniciativas associativas no âmbito cultural, recreativo e solidário. Nos idosos dependentes deve-se acrescentar a necessidade de cuidadores qualificados tecnicamente e afectivamente. Na qualificação da velhice activa, o turismo sénior e as universidades seniores têm ultimamente vindo a desenvolverem-se significativamente.

O médico de família é o profissional mais importante na decisão da manutenção no domicílio ou da necessidade de institucionalização do idoso. As equipas de assistência ao domicílio, as famílias e os serviços sociais têm todo o interesse em colaborar e dialogar com o médico generalista. A institucionalização do idoso obedece normalmente a três séries de critérios, de ordem médica, económico e social. Para a família os argumentos médicos servem fundamentalmente para a decisão da manutenção ou institucionalização do seu familiar. (Ennuyer, 2006).

Características e vida nos lares de idosos

Instituição Total

O conceito de Instituição Total desenvolvido e divulgado pelo sociólogo americano Erving Goffman oferece uma boa possibilidade de definição e classificação de instituições onde o ser humano quando internado passa por uma série de adaptações de forma a integrar-se na instituição. Embora a maioria das instituições totais se referem a organizações onde o indivíduo não está por vontade própria (prisões, penitenciárias, campos de concentração, manicómios, leprosarias, Estabelecimentos psiquiátricos, sanatórios, comunidades de desintoxicação, etc.), ou onde existe um sentido de utilidade ou sentimento de dever patriótico ou religioso (campos de trabalho, casernas, navios, fortes coloniais, quartéis, comunidades religiosas, etc.). Existem ainda aquelas instituições onde as pessoas são dependentes e por isso necessitam da atenção de cuidadores e de serviços adequados à sua condição de dependência, (orfanatos, asilos, estabelecimentos para acolhimento de cegos, lares de idosos, etc.). Goffman propõe cinco grupos de instituições totais, e os lares de idosos (vieillards) são incluídos no primeiro grupo classificatório, (Goffman, 1968).

Institucionalização do idoso

A institucionalização do idoso é originada fundamentalmente porque a família não pode ocupar-se dele devido à necessidade de trabalho por parte de ambos os membros do casal. Depois pelo facto do idoso muitas vezes já se encontrar doente e com necessidade de cuidados cada vez mais atentos. Esta realidade manifesta-se quer no meio urbano, quer no meio rural, - (Bayle, 2002b).

Os lares de terceira idade devem ser locais de acolhimento de pessoas que atingiram a terceira idade ou quarta idade e que por circunstâncias várias não têm hipóteses de permanecerem no seu domicílio. Os lares são assim um recurso e nunca devem ser vistos como alternativa para “depósito” de idosos. Nem sempre os idosos estão nos lares por vontade própria, muitas vezes nem sequer existe uma questão de vontade, porque o grau de demência não possibilita o discernimento necessário para poderem tomar opções. Os idosos são frequentemente coagidos pelas famílias e por força de circunstâncias várias a aceitarem a institucionalização. O ideal será pensarmos que, a maioria dos idosos são institucionalizados porque compreenderam que essa situação é o melhor para combater o isolamento, a fragilidade física e intelectual que vão desenvolvendo gradualmente por força da idade, e que assim podem usufruir de instalações e serviços especializados e adequadas à condição da idade. O idoso muitas vezes escolhe a vida num lar ou centro de dia como forma de facilitar a vida dos seus familiares.

A institucionalização do idoso representa a aprendizagem de um novo conjunto de normas e procedimentos que cada indivíduo necessita para o seu processo de integração. A mudança de rotinas e do modo de vida é uma realidade à qual o utente de lares ou de centros de dia se tem que adaptar. O indivíduo tem que se integrar na lógica do funcionamento da instituição. O colectivo sobrepõe-se ao individual.

A instituição geriátrica deve ter um efeito terapêutico, ajudando a superar as dificuldades físicas e psíquicas dos seus utentes. Os ritos de interacção devem servir para um desenvolvimento das capacidades de relacionamento. As dificuldades em manter estes ritos devem ser ajudadas a superar de forma a vencer as angústias do utente, dos seus familiares e dos profissionais que colaboram no estabelecimento, não cedendo à tendência uniformizante da instituição total, deve-se desenvolver a capacidade humanizante, dando atenção às particularidades de cada pessoa, (Francoeur, 2010).

No seu processo de institucionalização, o idoso interno vai-se apercebendo da perda do meio familiar acompanhado de sensação de “ abandono” familiar, perda de independência e do exercício pleno da sua vontade por imposição de cumprimento das regras institucionais e observância de uma conduta normativa, (Cardão, 2009).

O idoso institucionalizado confronta-se quotidianamente à sua volta com a demência e com a morte que teima em ser assídua. Este facto tem o risco de fazer perder o sentido da existência na instituição por parte do idoso. Uma organização viva deve saber fazer frente aos desafios internos e externos e dar um sentido de vitalidade e sentido de razão de existir. Tem que se saber iludir a questão da vida e da morte física e psíquica de seus pacientes. Uma instituição geriátrica deve saber prevenir e resistir à invasão da morte por motivos terapêuticos e conservação do sentido humanista, (Francoeur, 2010).

Escolha da instituição de acolhimento

A escolha da instituição é sempre importante na medida que representa normalmente, o local onde se vai passar os últimos tempos de vida. O problema é saber até que ponto se pode efectivamente escolher. A maior parte dos lares de idosos e residências seniores estão com listas de espera superior ao dobro da sua capacidade. A oportunidade de ocupação de vaga muitas vezes não representa a escolha desejada pelo utente ou pela família, mas dada a competição na procura, a ocupação é aceite sem demora. Vários factores no entanto pesam na preferência por determinadas instituições. A capacidade económica do utente e/ou da sua família, a proximidade geográfica do meio social onde o utente viveu ou onde a família habita, a reputação da instituição, a diversidade, qualidade e especificidade de serviços, a oportunidade de internamente e o estado de saúde física e psíquica do utente são alguns dos aspectos mais relevantes na escolha da instituição de internamento, (Mallon, 2004).

Nas últimas décadas os estabelecimentos geriátricos têm evoluído de forma a cumprir novas exigências dos utilizadores e da legislação que sucessivamente se tem revogado no sentido de melhorar os serviços e qualificação dos recursos humanos. Estes factos reflectem-se na qualidade de vida dos institucionalizados. Cada vez mais entram pessoas com mais idade e com maior grau de dependência. A necessidade de se fundarem novos estabelecimentos devido ao número e diversidade de situações que vão surgindo quotidianamente, coloca nas mãos dos serviços sociais, da comunidade, das famílias e das associações, a responsabilidade de apresentarem soluções. A falta de lugares disponíveis e adaptados estruturalmente às necessidades das pessoas que sofrem de inúmeras incapacidades e a falta de recursos humanos disponíveis e habilitados para assegurar as diferentes necessidades individuais, são uns dos grandes problemas cuja resolução reclama urgência. (Amyot e Mollier, 2007), (Villez, 2005).

A este panorama deve-se juntar a falta de transparência das modalidades de funcionamento, cujo comportamento é herdeiro de uma longa tradição de assistência onde os

residentes tinham deveres e nenhuns direitos, (Amyot e Mollier, 2007). Cada vez mais tem emergido uma oferta comercial de serviços e desenvolvido assim um novo mercado. Este fenómeno tem influenciado o sector gerontológico com uma dinâmica concorrencial, onde os efeitos ainda não estão de todo identificados. O conjunto dos profissionais têm vindo a constatar uma atitude cada vez mais consumista por parte dos clientes e dos seus familiares, desenvolvendo nos profissionais a sensação de simples prestadores de serviços. A postura do “ eu pago por isso tenho direito ao serviço “ pode desumanizar esse serviço e desorientar a dinâmica do estabelecimento geriátrico, impulsionando-o para a satisfação das reclamações, privilegiando a visão imediata do cliente ou do familiar e prejudicando a perspectiva e saber profissional, (Amyot e Mollier, 2007).

Acesso a serviços e comodidades

As classes sociais mais favorecidas economicamente têm possibilidades de desenvolverem soluções no domicílio para a dependência na velhice. Quando não encontram soluções no domicílio, procuram de preferência a institucionalização em estabelecimentos privados. Nos lares de idosos apesar de terem uma maior percentagem de utentes que usufruem das ajudas sociais, ou seja, uma camada social com menos recursos financeiros, também existe uma percentagem grande de utentes mais abastados economicamente. Dentro das instituições as diferenças no acesso a determinados serviços e comodidades são diferentes por motivos de poder económico. A posição social é um factor de diferenciação na instituição, na escolha da instituição e forma de acolhimento, (Ennuyer, 2006).

Diferenciação de relacionamento

Nos estabelecimentos destinados à terceira idade persiste entre os utentes, uma série de comportamentos onde se pode registar sinais de diferenciação de relacionamento. Os trajectos de vida, o regime de internamento e as origens sociais são estigmatizantes ou noutros casos mais-valias no desenvolvimento dos relacionamentos, (Bastos, 1981), e (Ennuyer, 2006).

A família no apoio ao idoso institucionalizado

O papel da família é muito importante na construção de um sentimento de autonomia do idoso face à instituição onde pertence. A ajuda de familiares em situações exteriores ao lar do idoso, como ir buscar o familiar para ir ao dentista ou ao médico que sempre o acompanhou ou para ainda tratar de variados assuntos, ir visitar pessoas amigas e à casa onde morava, são acções que dão ao idoso um sentimento de utilidade e gosto pela vida. A própria família, quando possível, pode alternar entre os seus diversos membros essas saídas exteriores, (Mallon, 2004).

A família do idoso institucionalizado, nas visitas que realiza ao lar geriátrico vê-se frequentemente confrontada com uma assembleia de velhos, com a presença muitas das vezes de maus cheiros, com corredores onde passeiam seres humanos tristes, com as queixas que o seu familiar lhe confia, e com os horários e rigidez de regras com que a sua mãe ou o seu pai estão agora submetidos. Todos estes factos transmitem por vezes falsas representações da realidade dos lares geriátricos, (Vercauteren, 2000).

No momento da institucionalização é importante o acompanhamento do maior número possível de familiares. A presença de amigos ou vizinhos mais chegados também é muito útil no processo de aceitação e sensação de continuação dos laços relacionais. A direcção técnica deve desenvolver esforços para a realização de uma reunião com todos os membros familiares e restantes pessoas das relações mais íntimas do internado, no sentido de encontrarem soluções, estratégias que contribuam para uma integração bem sucedida do idoso. Os muros do estabelecimento geriátrico não devem de modo algum servir como divisória entre a pessoa idosa e o seu tecido social a pretexto de uma doença ou da degenerescência etária. Deve-se dar constantemente sinais ao internado que não está só, pois quer os profissionais, quer a família, quer os amigos, estão motivados em contornar os obstáculos da nova situação, que afinal diz respeito a todos sem excepção, (Darnaud, 1999).

A institucionalização do idoso por parte da família é sempre um último recurso. A família quando opta por esta solução deve desenvolver estratégias de apoio na instituição. A rotação dos membros familiares nas visitas ao idoso institucionalizado é uma boa forma de assistência familiar e uma boa maneira do idoso sentir a manutenção dos laços familiares, (Vercauteren, 2000)

Cuidados familiares ao idoso

Embora se possa pensar que actualmente o idoso é muito abandonado pela família, no entanto, estudos nacionais e internacionais indicam que a família é a principal estrutura de apoio ao idoso, (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

A família e a caridade são hoje importantes estruturas/componentes de apoio social aos idosos. Mas também os avós actualmente são muitas vezes essenciais na ajuda da guarda e educação de seus netos. Com a ocupação de ambos os pais no mercado de trabalho, o aumento dos divórcios e o aumento de famílias monoparentais, a disponibilidade dos avós mostra-se como suporte material e afectivo de apoio familiar importante e como factor de desenvolvimento de laços intergeracionais, (Anica, 2002).

A inclusão das mulheres no mundo do trabalho e o aumento da esperança de vida impôs à instituição familiar a necessidade de adaptação e reorganização dos papéis familiares. O recurso a empregadas domésticas e a instituições comunitárias de apoio, são um importante suporte na gestão da vida familiar e doméstica. A família hoje em dia repensa constantemente a manutenção de um familiar no domicílio, (Figueiredo, 2007).

A solidão e isolamento do idoso é uma forte razão da mudança dos valores e papéis familiares. A família está fortemente pressionada com a economia doméstica. As necessidades de emigração ou de procurar outras alternativas de trabalho noutros locais da cidade ou do país como forma de melhorar o nível de vida, coloca muitas vezes o idoso em situações de isolamento e solidão. A família deve encontrar formas de compensar a distância com o recurso ao pagamento de serviços ao domicílio ou pelo menos com telefonemas periódicos. A vizinhança quando existe e quando há possibilidades de desenvolver relacionamentos é uma boa forma de lutar contra o isolamento e solidão do idoso, (Pitaud, 2010).

Cuidador

As relações familiares e sociais são afectadas devido à responsabilidade de prestação de cuidados ao idoso familiar. O cuidador é normalmente afectado na sua relação conjugal e nas suas relações sociais e profissionais. A demência por exemplo impõe uma supervisão constante no quotidiano do idoso. O cuidador constata dia após dia a degradação mental e física do familiar querido, ou seja a pessoa que actualmente trata pouco tem a ver com a construção mental que o cuidador ainda guarda do seu familiar. Sentimentos de amor e

raiva, ternura e rejeição vão-se formando muitas vezes no cuidador e são razão para um acompanhamento da saúde física e mental deste, (Figueiredo, 2007).

Surgem um conjunto de conflitos familiares devido à falta de tempo, sentimentos de incapacidade e de culpa por se pensar que não se está a fazer o melhor. A saturação em relação à pessoa que se cuida, por vezes, origina um conjunto de sentimentos contraditórios onde se misturam o amor e o desejo que a situação chegue ao fim ou seja que a vinda da morte representa uma libertação para ambas as partes. O cuidador familiar pode ser levado a pensar que a dedicação ao familiar dependente está a comprometer outras responsabilidades, (Figueiredo, 2007).

No entanto também devemos referir que o cuidador familiar também pode sentir-se feliz e realizado pelo facto de estar junto do seu familiar e poder-lhe ser útil nesta fase da vida, reconhecendo assim nestes serviços uma oportunidade de agradecimento por tudo o que recebeu do seu familiar ao longo da sua vida.

Quando a família passa para os especialistas de cuidados geriátricos no domicílio ou na instituição, está a reconhecer a sua incapacidade para cuidar do seu familiar. Novas relações são criadas com o cuidador e novos laços íntimos são desenvolvidos, representando portas para novas confidências. A família e o cuidador competem de alguma forma com a intimidade e confidencialidade do idoso dependente, (Vercauteren, 2000).

Na instituição geriátrica o auxiliar deve saber resistir à pressão do tempo aliado à carga do trabalho, a dificuldade de comunicar com os residentes, a insatisfação crónica dos familiares, as exigências das higiènes com que se tem de lidar quotidianamente, a visão de seres humanos na sua fase terminal e os problemas da vida pessoal, perfazem um conjunto de tensões que o cuidador deve profissionalmente saber resistir e manter o sentido humanizante e dignificante da sua actividade, (Francoeur, 2010).

A Velhice no Actual Contexto Político e social

As políticas sociais e o estado do sistema de segurança social são dimensões que devem ser sempre consideradas no estudo da velhice. A eficácia do sistema social e das estruturas de apoio ao idoso devem ser analisadas para permitir uma melhor compreensão da problemática envolvente. De igual modo deve-se entender as condicionantes dos contextos políticos e sociais e a influência que exercem nas estruturas de apoio social, nos apoios económicos ou melhor dizendo, nas oportunidades que se podem oferecer para a dignificação

da vida do idoso. Devemos ter sempre presente que actualmente a maioria dos lares dependem ainda, dos subsídios da segurança social de apoio aos lares de terceira idade.

Com o desenvolvimento da globalização e as suas conseqüentes implicações a nível económico, social e político, a independência económica do Estado-nação passou a estar comprometida quanto ao cálculo do seu orçamento como entidade isolada e viu-se confrontado com a realidade de estar frente a pressões e oscilações do mercado mundial e das conjunturas políticas a nível global. Os Estados têm vindo a diminuir o seu poder devido às dívidas externas contraídas para fazer face às necessidades com a despesa pública, notando-se assim uma dependência crescente dos governos em relação aos mercados de capitais globais.

O fenómeno da Globalização tem implicações directas e indirectas na crise do Estado-providência e cada vez mais o Estado-nação se encontra destituído de poder económico para controlar a política monetária a fim de poder definir o seu orçamento e organizar o comércio para arrecadar impostos e poder cumprir os seus compromissos respeitantes aos benefícios sociais dos seus cidadãos. (Castells, 2003).

Nos países industrializados tem-se verificado uma profunda crise nos sistemas de emprego provocados pela globalização, reestruturação industrial e envelhecimento demográfico, representando assim encargos progressivamente mais pesados com os sistemas de protecção social (Hespanha., 2001).

O curso das reformas e das políticas sociais dos diversos Estados europeus, a que Portugal não é excepção, estão a ser influenciados pelos padrões de decisão da União Europeia e pelos correspondentes programas sociais adoptados por vários países membros. O sistema monetário europeu adoptou o argumento da convergência como algo indiscutível e fundamental e exige retracção das políticas sociais, o que significa um aumento da vulnerabilidade à exclusão e agravamento das desigualdades entre os cidadãos, devido aos cortes da despesa pública, ao congelamento de salários, às prestações sociais, à privatização, à redução ou encerramento dos serviços públicos e ao estrangulamento da segurança social (Hespanha., 2001).

O modelo social português necessita de grandes e urgentes reformas, no entanto mantém-se hesitante entre as pressões dos que apoiam o modelo neoliberal que defende uma redução drástica da protecção social do Estado e o modelo social europeu muito comprometido com a protecção social ampla e universalista, baseada em direitos de cidadania. (Santos, 1999).

A velhice é uma fase da vida onde a protecção da saúde, ou os cuidados na doença, os gastos nos medicamentos e a sua expressão económica nos rendimentos, reveste-se de uma importância fundamental nos idosos das classes mais desfavorecidas economicamente, acentuando assim mais pobreza e exclusão.

As políticas sociais no que confere ao direito de usufruir de um sistema de promoção e protecção da saúde e assistência na doença do cidadão, têm vindo a substituir cada vez mais o Estado dessa responsabilidade como forma de desanuviar as despesas do Estado nesse sector e passa-lo para a responsabilidade do próprio beneficiário na escolha e planeamento do seu modelo de protecção social e cuidados de saúde, onde essa escolha será a adopção das propostas do sector privado (Carapinheiro, 2001).

A realidade do contexto politico e social da actualidade indica cada vez mais uma tendência de o Estado ou seja os sistemas de apoio social suportado pelo Estado não poderem contar com os recursos que até agora o sustentaram. Há que encontrar soluções alternativas. Os idosos são sem dúvida um grupo para o qual cada vez mais se deve procurar soluções mais independentes do apoio Estatal.

Com o aumento da população idosa, aumentará também o poder político desta camada etária Este facto traduzir-se-á na consolidação de um importante grupo de pressão política e também a procura de serviços sociais e sistemas de saúde. Por outro lado o aumento significativo da esperança de vida significa também que as pensões terão de ser pagas por mais tempo, (Giddens, 2004).

A diminuição da população jovem, significa uma diminuição da população activa. Ao mesmo tempo a população idosa e a esperança de vida não param de crescer, aumentando a população inactiva. Surge assim a questão sobre quem deve beneficiar dos baixos acréscimos de produtividade, ou seja, os activos ou os inactivos? Os governos tendem a encaminhar as pessoas para o sector privado de protecção social. Os índices de dependência dos idosos agravam-se e diminuem os índices de dependência dos jovens. As formas de dependência dos idosos têm natureza diferente e exige uma resposta mais complexa, mais onerosa, e exigente em termos técnicos e humanos sendo, no entanto, menos inserida no contexto familiar, (Domingues, 2005).

Serviço social

Para se compreender o que é o serviço social deve-se primeiro conhecer as atribuições e as diversas propostas de definição. É importante considerar os contextos e as políticas económicas e sociais em que o serviço social é prestado. A ética nunca pode estar ausente no trabalho de intervenção social. O económico também nunca deveria sobrepor-se às necessidades práticas de intervenção imediata ou preventiva na dimensão social, porque se trata de pessoas, ou seja, da vida de pessoas e por consequência, de paz social.

“O papel do serviço social é de responder às preocupações e necessidades das pessoas. Diversos factores determinam as preocupações e as necessidades”, (Sande, 2002:12. traduzido).

Teoria do trabalho social

Compreender o trabalho social exige não só conhecer a prática, mas também a teoria que lhe está subjacente. No entanto a teoria que se pode tentar escrever sobre trabalho social está sempre sujeita à crítica severa de muitos profissionais, porque todos têm experiências e influências culturais diversas. Malcolm Payne reconhece essa grande dificuldade ao longo da sua obra *“Teoria do trabalho social moderno”*, como reconhece que é necessário, uma grande abertura de espírito e uma constante capacidade de revisão das teorias formuladas.

A teoria sobre trabalho social está sujeita à temporaneidade, ao contexto social e ao enquadramento cultural. É interessante saber em como teorias sociais desenvolvidas no ocidente, com a influência dos valores judaico-cristãos, podem não ter aplicabilidade ou mesmo não serem compreendidas em contextos de sociedades de cultura orientais. Nas sociedades orientais são valorizadas as responsabilidades de o indivíduo fazer parte de uma rede de relações familiares, pressupondo dependência interfamiliar e grande respeito pela autoridade dentro das famílias, enquanto nas sociedades ocidentais se desenvolve o trabalho social que valoriza a importância do indivíduo em si, pressupondo um conjunto de direitos individuais, onde a independência individual é realçada, (Payne, 1997).

Não existem modelos ideais de práticas de trabalho social que se possam depois aplicar a uma qualquer realidade. Importa sempre ter presente que cada situação e contexto exigem adaptação, adequabilidade e grande capacidade de improvisação. A própria percepção da “realidade social” é, produto da construção resultante do conhecimento que cada um foi adquirindo e das experiências que foi vivendo.

Ajuda social

O termo “ajuda” é muito utilizado em serviço social. Uma pesquisa sobre o significado da palavra num dicionário de sinónimos fornecerá sempre informação e capacidade para se compreender depois a aplicação à dimensão social. Em trabalho social a “ajuda” é um conjunto de processos e actos organizados com a finalidade de desenvolver capacidade de autonomia pessoal e/ou institucional. O suporte relacional dará sentido e será factor determinante de mudança. Pode também ser melhor compreendido como “ *a ajuda é o produto de uma interacção dinâmica de pensamento e acto entre um trabalhador social e um utilizador, que permite a este ultimo de encontrar ou de reencontrar, suas capacidades de agir e de pensar ou de resolver o problema social*”, (Robertis, 2008:99. traduzido).

Este conceito de ajuda ou apoio prestado pelo profissional ou pelas instituições sociais, aplicado à dimensão da velhice, deve ser interpretado como um instrumento que pode ser aplicado ao próprio idoso, mas também à família ou à comunidade. Quando existe realmente uma ajuda profissional por parte dos técnicos sociais na concepção e desenvolvimento de estruturas e serviços de apoio à velhice, traduzir-se-á na qualidade de vida dos utentes e resolução dos seus problemas, e depois por consequência, às famílias e comunidade em geral.

Dinâmicas de mobilização individual, familiar e comunitária

O problema social do indivíduo é também sempre um problema de toda a comunidade e essa preocupação deve ser sempre recíproca. O trabalho social deve desenvolver dinâmicas de mobilização familiar e comunitária, traduzindo-se numa efectiva sensibilização e responsabilização na construção de soluções dos seus problemas enquanto indivíduo, família ou comunidade. Cada vez mais o local e o particular são preponderantes no encontro de soluções adequadas a cada caso. Assim devem-se encontrar soluções apropriadas a cada região e a cada realidade. A criatividade e a procura de melhoramentos devem ser componentes que devem estar sempre presentes como sinal de cumplicidade entre todos os intervenientes na construção de um empreendimento social. Claro que existem vários condicionantes ao nível do aceso de conhecimento de apoios e consequentemente da realização de projectos e efectivos aproveitamentos de ideias e recursos.

A intervenção social da chamada sociedade civil continua dependente do apoio do poder central, na medida que ainda depende muito do apoio Estatal, em termos burocráticos, logísticos, e financeiros., (Ruivo, 2002).

A idealização e desenvolvimento de projectos como forma de resolver o problema do cidadão idoso e da comunidade envolvente partem normalmente da iniciativa privada ou associativa. O Estado e os serviços sociais têm sempre a obrigação de proporcionar as devidas condições para que se concretizem esses projectos de forma a solucionar ou pelo menos melhorar os problemas sociais. Essa ajuda pode ser estrutural, técnica, financeira, ou de outra natureza.

A articulação entre as comunidades onde existem associações, redes de amigos, relações de bairro e de vizinhança, e as estancias como o trabalho, o Estado e a Família representam a consolidação de laços sociais que se traduzem em resultado final de uma multiplicidade de processos de integração, (Monteiro, 2004).

As práticas dos actores sociais com os seus próprios modos de vida são normalmente factores de produção e reprodução da pobreza. A pobreza e a exclusão social são um desenvolvimento proporcional à inércia dos sistemas. É a lógica da integração que deve opor-se à lógica assistencial. O cidadão deve ser autónomo quanto aos meios de subsistência (Fernandes, 1997).

Devem-se desenvolver estruturas e praticas de modo a conseguir incentivar o cidadão idoso a se sentir útil à sociedade e de forma a poder exercer os seus direitos e deveres de cidadania. Em casos de pobreza e isolamento acentuado deve-se tentar a apreensão de novas práticas e novos hábitos de relacionamento, de higiene, de alimentação e de exercício físico, de formas de estar, novos interesses, novos incentivos, etc.

Ética nos Estabelecimentos e profissões sociais

Ética e fragilidade do idoso

Os lares de idosos ocupam-se de seres humanos que na sua maioria estão fragilizados, quer se trate dos utilizadores mais directos, ou seja os idosos, quer se trate dos seus familiares ou pessoas amigas. A velhice é uma fase da vida onde se está mais sujeito aos cuidados de saúde e de doença. Existe uma necessidade de medicação mais regular e específica e a intimidade está mais exposta. Quase que se pode dizer que existe uma institucionalização da intimidade. Os segredos das doenças, das dificuldades económicas e familiares e todo um vasto conjunto de intimidades e segredos são partilhados pelos vários elementos que compõem o lar de idosos. Existe a noção que a morte é um momento que se aproxima cada vez mais e quando existem bens materiais ou bons rendimentos, o idoso é tentado a compensar os profissionais, por motivos de gratidão ou no intuito de atrair mais atenção e suposta melhor assistência. A investigação desta realidade será sempre difícil de realizar. Melhor será pensarmos que os profissionais possuem um elevado nível de humanidade e de responsabilidade, estando conscientes das fragilidades de vária natureza a que os idosos estão sujeitos.

Debate ético

O debate ético está cada vez mais presente no quotidiano das sociedades mais desenvolvidas tecnologicamente. A complexidade dos temas exige cada vez mais conhecimentos científicos e ao mesmo tempo conhecimento da cultura, das sensibilidades e mentalidade dos povos, etc. O choque pode ser explosivo face a uma aparente situação, quando não existe o devido debate e efectivo conhecimento do que realmente está em causa. Eutanásia, biotecnologia, senilidade, discernimento, direitos do idoso no exercício pleno dos seus direitos como cidadão (por exemplo direito ao crédito...), transplante de órgãos, e tantas outras dimensões em que a ética tem que ter uma importância central. A honestidade dos investigadores tem que ser transversal a todo o processo de produção de conhecimentos e a todo o processo de comunicação e difusão dos reais benefícios e malefícios.

O questionamento sobre o que são e quais são os valores éticos a defender, torna-se quase uma epopeia dos nossos dias. As mutações que o mundo de hoje conhece a nível global devido aos desenvolvimentos constantes da ciência e da tecnologia, o encontro de culturas, o

descrédito das populações nos seus políticos, crise ou mudança de valores com consequências emergentes nas transformações sociais, a fragilidade das democracias, e muitos outros factores que constantemente exigem respostas dos especialistas nas respectivas áreas, dos comités de ética, e da opinião pública, (Bouquet, 2004).

Entre profissionais, existem diferenças a nível de experiências vividas e a nível cultural e religioso. Entre o ponto de vista profissional e o ponto de vista ético podem existir diferenças significativas, levantando grandes problemas ao nível da decisão que o profissional tem que tomar e assumir. Nasce assim a discussão sobre o que é a ética e sobre os critérios que devem ser adoptados. Quando existem varias opções valorativas, estamos perante um problema ético. A diversidade de opiniões é uma consequência da diversidade da formação pessoal, profissional, cultural e até da posição dentro da organização. É necessário estimular a prática profissional independentemente da formação e educação recebidas de forma a se poder reflectir sobre os problemas éticos. Uma boa estratégia é seguir um plano de etapas que termine com uma avaliação de todo o processo. Este tipo de estratégia pode fornecer novas soluções que contentem todos e novas oportunidades para o trabalho social. Claro que as soluções ideais e que contentam todos são difíceis de encontrar, por isso deve-se procurar as soluções satisfatórias, (Goovaerts, 2008).

Os trabalhadores do sector social sentem preocupação em relação à ausência de um tratado ou algo escrito, que traduza um comum acordo ou algo que possa servir como um guia de conduta ético na construção da sua formação e trabalho profissional. Numa sociedade atravessada por constantes e profundas mudanças económicas, sociais e culturais, emerge a necessidade de introspecção sobre o sentido e questionamento dos valores do trabalho e acção social, (Bouquet, 2004).

Profissões de serviço social e segredo profissional

. As profissões de serviço social correspondem a um conceito muito amplo onde se pode conceber um conjunto de várias atribuições profissionais de desempenho de trabalho social. Desde o investigador ao auxiliar de acção social, todos estão em contacto com intimidades, sensibilidades, ou seja, um conjunto de realidades que obrigam ao respeito de uma postura ética exemplar. Os profissionais de serviços sociais estão obviamente sujeitos ao cumprimento de regras deontológicas que dão corpo a um código profissional que asseguram a confiança, a honestidade e a competência nos profissionais do sector.

No caso de maus-tratos o profissional está por lei protegido em termos de denunciar alguém (profissional ou não) que tenha infligido maus-tratos à pessoa idosa. O profissional pode por vezes não denunciar a ocorrência por estar convencido que se trata de segredo

profissional. A figura do segredo profissional não protege estas violências. A lei encoraja a denúncia e tenta evitar represálias que possam ser aplicadas ao denunciante no prosseguimento da sua carreira e trabalho profissional, (Amyot, 2008).

Todo o trabalho social é feito na base da confiança. Se este princípio é ameaçado ou destruído, a intervenção social será difícil de ser concretizada com êxito. No exercício do seu trabalho, os profissionais dos serviços sociais vão estando ao corrente de informação a que são obrigados a guardar confidencialidade sobre pena de estarem a cometer um delito. A jurisprudência a que vai permitir se uma pessoa depositária de uma informação transmitida com carácter secreto e em razão da sua missão ou função temporária, está ou não obrigado a respeitar o segredo que lhe foi confiado como “confidente necessário”, (Bouquet, 2004).

Partilha de segredo entre profissionais

No entanto deve-se registar que o desenvolvimento do trabalho social se faz muitas vezes num quadro de equipas pluridisciplinares, onde existe a necessidade de reuniões de reflexão e de decisão. Nestas “*reuniões de síntese*” analisam-se problemas ao nível familiar ou individual que são parte integrante do trabalho social. Nestes casos põe-se o problema da comunicação de certas informações. Todos os membros da equipa estarão na obrigação de manter o segredo da informação entre eles. Mas mesmo assim persiste a dúvida de saber até que ponto se pode partilhar o segredo com a equipa. A partilha do segredo depende sempre da natureza dessa informação e sempre com o único fundamento de uma acção educativa profunda e durável e sempre também acautelando as devidas implicações legais ou jurisprudenciais. O fundamento ético deve sempre persistir em primeiro plano. A partilha do segredo em equipa pluridisciplinar deve primeiro ser objecto de reflexão sobre o uso e benefícios efectivos. Depende também do grau de obrigação ao sigilo profissional. (Bouquet, 2004).

A partilha de informação entre os profissionais de intervenção social permite uma melhoria na análise da situação e conseqüentemente essa reflexão e conjugação de competências reflectir-se-á na eficácia da coordenação das intervenções. O princípio ético do segredo é assim relativo. Para o trabalhador social a questão pertinente “ *não é mais de saber se pode falar, mas mais de saber o que é que convém dizer, a quem, porquê e como...Por isso a partilha de informação é necessária, e há a necessidade de se interrogar sobre o conteúdo e a escolha de informação a partilhar, porque nem tudo é para dizer ou para partilhar* “ (Bouquet, 2004:106. traduzido).

Parte empírica

Do método

Na parte teórica deste trabalho explicitamos o problema que se quer estudar. Na parte metodológica cumpre delimitar e objectivar os propósitos do estudo. A adopção das técnicas de recolha de informação deve ser também devidamente fundamentada. A análise de conteúdo e o tratamento de dados são instrumentos importantes para avaliar as hipóteses consideradas. Na parte final, a conclusão deve ser sempre acompanhada de recomendações no sentido de fundamentar e contribuir com resultados práticos.

O conhecimento científico caracteriza-se pela metodologia em que é produzido. Cada disciplina só é considerada ciência depois de definido o seu objecto de estudo, delimitado um conjunto de problemas solucionáveis, detectando regularidades, formular leis e construir modelos interpretativos. *”A ciência é também procurar soluções para problemas. Ela própria elabora e testa os meios necessários: conjuntos coerentes de conceitos e relações entre conceitos - as teorias -, uma linguagem conceptual adequada e tanto quanto possível exclusiva, instrumentos técnicos de recolha e tratamento de informação, métodos de pesquisa. E desenvolve um complexo processo, em que, partindo de princípios pressupostos e/ou de axiomáticas explícitas, vai construindo sistemas de relações conceptuais, primeiro assumidos hipoteticamente e logo submetidos ao fogo cruzado de sucessivas provas de validação, para chegar a resultados transformados de imediato ou a prazo em novos problemas.”* (Silva, e Pinto, 2001:12).

A função prática das ciências sociais é o contributo para a melhoria das relações e desenvolvimento humano. Como qualquer ramo do saber científico, deve saber prever no tempo as hipóteses de acontecimento social. É no entanto, falível como qualquer saber de construção humana.

Um dos problemas da aceitação das ciências sociais deve-se ao facto de estudar uma realidade que a todos diz respeito e de que todos julgam saber. Todos pensam que possuem saber e legitimidade para poderem opinar sobre a dimensão social. As ciências sociais estudam a dimensão social através de métodos científicos de modo a compreender-se cientificamente e que seja assim aceite pela comunidade científica. Depois deve-se comunicar e pôr em prática os resultados de modo a servir a humanidade e de forma que seja compreendido por todos. É importante diferenciar a verdade sociológica do chamado senso comum.

As diferentes ciências sociais estudam um mesmo facto social partindo de perspectivas teóricas distintas e de diferentes objectos científicos. É importante compreender que o económico, o político ou o simbólico, não são compartimentos estanques, mas sim dimensões profundamente interligadas e inerentes a toda a acção social., (Silva, e Pinto, 2001).

O produto de conhecimentos e resultados de uma ciência depende, ou seja, é o reflexo do que ela é, como *sistema de produção* e como consegue organizar o sistema de *actividades de produção de conhecimentos científicos*. Essas dependências fazem-se notar através de “*quem são os investigadores, dos interesses científicos e extra-científicos que os motivam, das suas posições e atitudes relativamente à estrutura e à dinâmica social, cultural e política*”. Igualmente importantes são os “*meios de produção* que os cientistas utilizam, como por exemplo, *os métodos, conceitos e teorias disponíveis, instrumentos materiais, técnicas de pesquisa, recursos financeiros, recursos humanos, fontes de informação, meios de comunicação, etc.*”. Finalmente importa também saber “*quais são, como se formaram e como se encontram estruturadas, funcionam e se relacionam com as outras estruturas e instituições sociais, quem financia, qual a organização administrativa, qual o nível de dependência em relação a forças internas e externas, das estruturas para as quais o cientista trabalha e produz conhecimento científico*, (Nunes, 2001: 30).

Este trabalho tem sobretudo um fim pedagógico, desenvolvendo capacidade científica e por isso mesmo deve também contribuir para o conhecimento científico no seu campo teórico e prático.

O cientista social deve ter sempre em consideração que no processo de investigação está a alterar quer o seu próprio saber pessoal quer a realidade onde está a interagir. Na entrevista, nos inquéritos, na Investigação-Acção, na observação participante e em muitas outras técnicas e metodologias utilizadas em ciências sociais, ao interagir-se, está-se a modificar a realidade. Por exemplo na entrevista ou nos inquéritos, ao formular-se a questão, está-se muitas vezes a propor que os respondentes pensem pela primeira vez em determinada realidade e sobre ela vão tomar uma posição e talvez sobre ela meditem mais futuramente. A confrontação com determinadas questões pode modificar o comportamento do sujeito no futuro.

A pesquisa científica em ciências sociais está dependente, como já vimos, de muitas determinantes. As características pessoais do próprio investigador pode interferir no objecto de estudo, por isso mesmo deve-se saber contornar e diminuir essa influência.

As características sociais do investigador, a pertença de classe e a sua actividade profissional, o sexo, ou a idade, devem ser sempre tidos em conta como possíveis factores condicionantes nos resultados na pesquisa de terreno em ciências sociais, na medida que podem suscitar diferentes reacções consoante o contexto em que a realizada a investigação.

As reacções a essas características podem variar, por exemplo, se forem realizadas numa aldeia, ou num bairro popular ou num subúrbio de classe média abastada, ou num clube de empresários ou numa fabrica, (Costa, 2001).

Delimitação do problema e objectivos do estudo.

O envelhecimento da população é um fenómeno em constante crescimento. Paralelamente os membros da família estão cada vez mais ocupados no processo de formação educativo/escolar ou na vida activa. Com o aumento de esperança de vida, o problema da degenerescência que naturalmente vai surgindo no entardecer da vida implicando cuidados especiais, confronta a família e a comunidade em geral para a responsabilidade de encontrar respostas eficientes e humanizadas. A diversidade de situações e a emergência com que elas surgem, exigem das famílias e de todos os outros agentes envolvidos grande capacidade para se adaptar, inventar e reinventar novas soluções. A permanência no domicílio e todos os serviços de assistência que logicamente representa ou a institucionalização do idoso terão que ser constantemente repensados e adaptados a cada situação individual e regional, a cada contexto familiar, social, económico e político.

Objectivos

Pretendeu-se estudar o processo de institucionalização do idoso no concelho de Lamego. Os motivos pelos quais as famílias e os idosos recorrem à institucionalização, o apoio ou o abandono familiar, a aceitação do idoso na necessidade da sua institucionalização. A qualidade dos serviços prestados e dos recursos humanos, os principais problemas com que se debatem as instituições geriátricas e a verdade sobre a violência e a institucionalização forçada são sempre difíceis de se estudar, no entanto tentou-se obter a informação possível. As opiniões dos vários agentes envolvidos são importantes para se compreender o problema em estudo, contudo, na análise de conteúdo é necessário o devido espírito crítico e consideradas as condicionantes inevitáveis.

Hipóteses:

H1: No início do processo de institucionalização o idoso está contrariado

H2: A família é o principal apoio do idoso institucionalizado

H3: A solidão é a principal causa de institucionalização

H4: Os cuidados especializados contribuem para a aceitação da institucionalização por parte do próprio idoso.

Opções metodológicas

Inicialmente fez-se um estudo exploratório para se compreender e adequar os conhecimentos teóricos à realidade do concelho de Lamego. As entrevistas exploratórias são importantes para o conhecimento de problemas específicos de cada realidade em estudo e facilitam a reflexão sobre a metodologia que se vai empregar depois na investigação. É um primeiro passo no processo de investigação de campo, que é de grande importância na concepção das entrevistas e questionários a aplicar posteriormente. O informador privilegiado é um bom meio para o investigador obter informação próxima da realidade em estudo pois ocupa um lugar estratégico no contexto social. Pode-se tornar num “cúmplice” e funcionar como plataforma de entrada em determinado meio mais hostil à entrada de estranhos.

Ao contactar com a realidade mais de perto o informador pode estar mais atento e informado em relação aos processos de relacionamentos, comportamentos, quadros de vida, redes de relações e estratégias de vida, representações sociais, etc. Com a possibilidade de frequentar o meio, o investigador futuramente tem melhor acesso e possibilidade de ser mais assíduo nas suas visitas. O informador privilegiado fornece informação importante para a comprovação das leituras e para a abertura de novas análises e descoberta de novas realidades. O investigador deve, no entanto, considerar a tendência da visão particular das “coisas”, (por parte destes informadores), (Costa, 2001).

A entrevista exploratória, juntamente com as leituras vão ajudar a construir a problemática. A entrevista exploratória vai permitir ao investigador descobrir certos aspectos que podem não ter sido consciencializados através das leituras, cumprindo assim uma função de complementaridade. A entrevista exploratória é uma fase importante da investigação social, revelando-se depois como um grande ganho de tempo e meios. No entanto existem perigos em que o investigador inexperiente pode incorrer, negligenciando as leituras, por

exemplo, levadas pela *ilusão da transparência* e caindo assim na *armadilha da confirmação superficial de ideias preconcebidas*. Neste caso a investigação foi desviada da sua *função primordial a ruptura com a especulação gratuita e com os preconceitos*. No sentido de ultrapassar estes obstáculos, as entrevistas exploratórias devem preencher condições apresentadas sob a forma de resposta às três seguintes perguntas: “*Com quem é útil ter uma entrevista? Em que consistem as entrevistas e como realizá-las? Como explorá-las para que permitam uma verdadeira ruptura com os preconceitos, as pré-noções e as ilusões de transparência?*” (Quivy, 2008:70,71).

No processo de investigação no terreno desenvolve-se um processo de interacção entre observador e observado (s) e esse facto por si só vai interferir na realidade social em estudo. O importante é o investigador ter a interferência em *consideração, controlá-la e objectivá-la* o melhor possível. A interferência pode ser considerada como um veículo ao conhecimento sociológico na medida em que é através de um conjunto de relações sociais que se vão desenvolvendo, que a informação sobre realidades sociais vai chegando ao conhecimento do investigador. Muitas vezes é no terreno que surgem novas formulações de hipóteses, (Costa, 2001).

Primeiro entrevistou-se a directora da Universidade sénior e três médicos de medicina familiar, com carácter de entrevistas exploratórias gravadas. Na primeira abordagem com as direcções das instituições geriátricas onde decorreram os estudos, aproveitou-se para se realizarem entrevistas exploratórias não gravadas. Marcaram-se depois entrevistas gravadas aos directores técnicos dos quatro lares de idosos que existem no concelho, garantindo-se o anonimato da entrevista.

Realizar uma entrevista é um saber que se constrói com a experiência, “*é uma arte que se educa através da reflexão, do trabalho e da experiência*”, (Schnapper, 2000: 88).

É um acto que exige do investigador, continua vigilância sobre si próprio, não deixando transparecer ao entrevistado que está a ser *avaliado e julgado*, para isso deve dar-lhe a sensação que é livre de desenvolver os seus próprios pensamentos e linguagem. O distanciamento deve ser ultrapassado através da empatia que se vai construindo ao longo da entrevista. “*A relação de entrevista é uma relação social entre dois indivíduos socialmente definidos*”, (Schnapper, 2000: 87).

O anonimato, em muitos casos é uma segurança que o investigador deve oferecer e garantir caso o entrevistado o exija e ao qual o investigador está obrigado a respeitar deontologicamente. São motivos de segurança por parte do entrevistado nalgumas situações, ou para defesa de interesses do próprio entrevistado que não quer vir a ser prejudicado no futuro, devido às suas declarações. As entrevistas em que se assume a identidade são geralmente, decorrentes da ocupação de lugares de direcção. Presidentes, directores, chefes de departamento...e as entrevista são concedidas enquanto sujeito que ocupa determinado

posto ou cargo. No caso deste estudo entendeu-se garantir o anonimato, porque apesar de se entrevistar lugares de direcção, não era tanto a instituição que estava em estudo mas fundamentalmente o processo de institucionalização do idoso e o papel e apoio da família que daí decorre. Não havia assim necessidade de identificar a fonte de informação. A entrevista foi gravada e é atribuída uma letra a cada instituição no caso dos lugares de direcção técnica, dos médicos e dos enfermeiros. O compromisso com o entrevistado em relação ao anonimato e ao destino ou uso do material proveniente da entrevista deve ser combinado previamente

A opinião do utente do lar é importante na medida que é a razão de existir das instituições e do presente estudo. No entanto devido à degenerescência que nestas idades muitas vezes se manifesta, só é possível obter a opinião daqueles que têm ainda uma lucidez mental capaz de compreender a situação e as questões que se lhe propõem. Os utentes capazes de responder ao questionário tiveram que ser indicados pelo director técnico da instituição ou por outros profissionais que nos diferentes momentos estavam disponíveis para o fazerem. A razão de ser deste procedimento deve-se ao facto de só os profissionais da instituição conhecerem quem efectivamente tem capacidade para responder. Claro que se corre sempre o risco de nos serem indicados os utentes de confiança das respectivas direcções e ter assim respostas “politicamente correctas”. Procurou-se assim elaborar um pequeno questionário que fosse mais indicativo das razões de institucionalização e dos apoios familiares, evitando-se assim perguntas directas sobre a instituição onde vivem. Os questionários às famílias foram realizados na sua grande maioria aos fins-de-semana porque são os períodos mais frequentados. Houve da parte das instituições, uma total colaboração na liberdade de acesso aos familiares. No preenchimento do questionário houve sempre a preocupação que se realizasse individualmente e sem intervenção de ninguém, a não ser do investigador para esclarecimento de eventuais dúvidas de compreensão do texto e apontamento das respostas no questionário.

Os idosos institucionalizados em lares ou residências seniores no concelho de Lamego são a população em estudo. Existem nos quatro lares existentes neste concelho, um total de cerca de 212 idosos. A amostra possível na obtenção de respostas ao questionário elaborado foi de 60 idosos devido aos condicionalismos da saúde já explicados anteriormente. Na opinião das respectivas direcções podia-se ainda ter realizado mais alguns questionários aos clientes, mas o número de 60 questionários foi considerado representativo da população em estudo.

Dos questionários aplicados aos familiares dos idosos será sempre difícil de saber qual será o número adequado, porque o número de familiares não corresponde ao número de utentes. Muitos não têm visitas, outros estão emigrados ou moram em Lisboa ou Porto ou no resto do país. Depois há que considerar que as visitas são os diversos filhos, netos, genros, noras, irmãos, cunhados, amigos, voluntários, etc. Os questionários foram aplicados na sua

grande maioria durante o fim-de-semana e o número considerado representativo foi de 60 respondentes.

É importante estudar a opinião da população do concelho de Lamego na medida que representa a percepção da população sobre a institucionalização do idoso e a eventual imagem que as actuais instituições possam passar para o exterior. Não se pode esquecer que se trata sempre de possíveis futuros familiares ou institucionalizados.

A população de Lamego no ano de 2008 era constituída por 25 863 pessoas, conforme se pode observar no quadro I.

Quadro I

Estatísticas Demográficas – 2008

Ano de Edição: 2009 <http://www.ine.pt/>

2.3 - Estimativas de população residente, por sexo e grandes grupos etários e índices, Municípios, 31/XII/2008

2008

Unidade N.º

NUTS III e Municípios		Grupos etários					Índices de dependência			Índice de envelhecimento
		TOTAL	0-14	15-24	25-64	65 +	Total	Jovens	Idosos	
Portugal	HM	10 627 250	1 622 991	1 207 060	5 922 990	1 874 209	49,1	22,8	26,3	115,5
	H	5 142 566	832 488	615 532	2 912 025	782 521	45,8	23,6	22,2	94,0
	M	5 484 684	790 503	591 528	3 010 965	1 091 688	52,3	21,9	30,3	138,1
Continente	HM	10 135 309	1 533 362	1 135 989	5 654 307	1 811 651	49,3	22,6	26,7	118,2
	H	4 904 381	786 345	579 098	2 779 868	759 070	46,0	23,4	22,6	96,5
	M	5 230 928	747 017	556 891	2 874 439	1 052 581	52,5	21,8	30,7	140,9
Norte	HM	3 745 439	584 267	458 624	2 122 116	580 432	45,1	22,6	22,5	99,3
	H	1 811 166	299 760	233 654	1 037 448	240 304	42,5	23,6	18,9	80,2
	M	3 544	360	351	1 716	1 117	71,5	17,4	54,0	310,3
Lamego	HM	25 863	3 642	3 258	14 411	4 552	46,4	20,6	25,8	125,0
	H	12 363	1 879	1 642	7 049	1 793	42,3	21,6	20,6	95,4
	M	13 500	1 763	1 616	7 362	2 759	50,4	19,6	30,7	156,5

Foram realizados 240 inquéritos a residentes no concelho de Lamego e em igualdade de número em termos de género, distribuídos pelas seguintes classes etárias:

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário 18 / 34

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário 35 / 49

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário 50 / 64

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário + 65

A aplicação do questionário à população foi realizada por quatro pessoas experientes em inquéritos à população, tais como o Eurobarómetro, European Social Survey (ESS), International Social Survey Program (ISSP), etc.

O tratamento de dados obtidos através dos inquéritos às famílias dos idosos institucionalizados, aos idosos institucionalizados e à população de Lamego foram tratados através do programa SPSS.

O material recolhido através das entrevistas serve igualmente para verificar a sustentabilidade das hipóteses em estudo e para indicar mais conhecimento que servirá para a parte das conclusões e recomendações. A informação que se obtém através das entrevistas pertence à dimensão qualitativa da investigação. A entrevista é uma técnica de recolha de informação onde a análise de conteúdo é um passo importante na obtenção de dados que o investigador depois vai extrair.

A análise de conteúdo é necessária na análise das respostas a questões abertas. O investigador assume que pode atribuir um significado às respostas dos indivíduos. No entanto corre o risco de enganar-se em relação a essa avaliação, ocorrendo assim o chamado “ erro fundamental “. Este problema pode ser contornado através da entrevista pós-experimental, onde os sujeitos são convidados a falar sobre a experiência e as respostas que deram. E é novamente a análise de conteúdo que permitirá aprender o significado das respostas obtidas, (Vala, 2001).

Analise e avaliação das hipóteses consideradas

A análise das hipóteses consideradas vai ser baseada na avaliação e tratamento de dados do programa SPSS, segundo a informação que se apurou através da realização dos inquéritos às famílias e aos idosos institucionalizados. As hipóteses vão ser apresentadas segundo a óptica dos idosos e segundo a óptica dos familiares. O programa SPSS permite analisar os resultados segundo as diferentes variáveis consideradas. A análise de conteúdo feito às entrevistas vai contribuir oportunamente para a consolidação ou não das hipóteses consideradas.

Inquérito aos idosos

H1: No início do processo de institucionalização o idoso está contrariado

O que poderá responder a estas questões serão:

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões:

1-No início, veio contrariado viver num lar? (contrariado)

2-A maioria dos idosos institucionalizados está contrariado. (cinco)

Analizou-se segundo:

1-Idade, 2-Profissão, 3-Sexo, 4-Anos de instituição

1=SIM, 2=NÃO

Frequência do factor contrariado e respectivo histograma

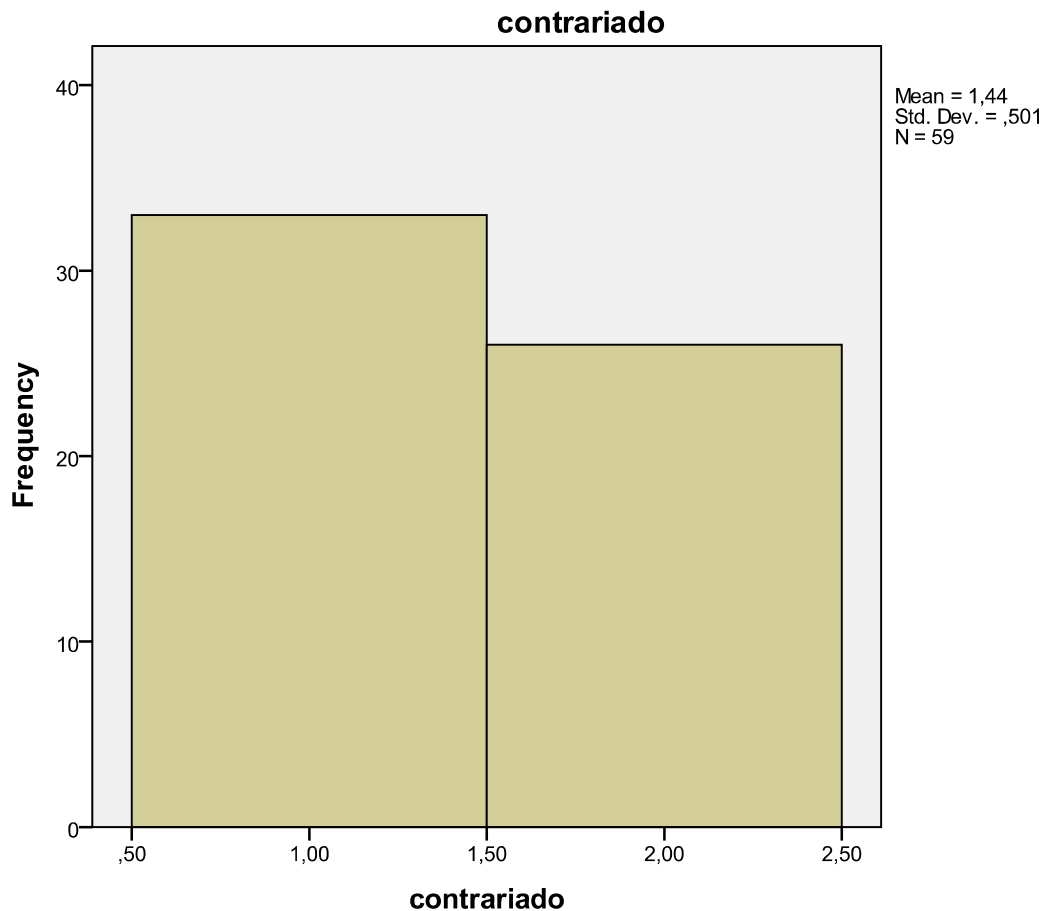
1-No início, veio contrariado viver num lar? (contrariado)

Quadro 2

Contrariado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	33	55,0	55,9	55,9
	2,00	26	43,3	44,1	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

Quadro 3



Verificamos que 55% dos idosos que responderam ao inquérito no início entraram efectivamente contrariados. Valida a hipótese mas deve ser considerado que apesar de no início os idosos terem entrado contrariados, não significa que agora ainda o estejam. Na parte da problemática teórica vimos como o idoso ao longo do seu processo de institucionalização vai mudando de opinião e verificando como a sua institucionalização, foi uma boa solução para a situação de dependência em que se encontrava. Nas entrevistas com os enfermeiros e com os directores técnicos também unanimemente foi defendido que o idoso no início da institucionalização muitas vezes entra contrariado embora compreendendo a necessidade da sua institucionalização, devido essencialmente à situação de solidão, trabalho da família e estado de dependência em ascensão. Os médicos de família também concordaram que o idoso no início da institucionalização lhes custa aceitar a ideia de deixarem o meio doméstico e social onde viveram. O médico de família aqui tem um papel importantíssimo quando os argumentos são de cuidados especializados na doença e dependência do seu paciente. O papel do médico de família, segundo o médico da entrevista B, também pode funcionar como um apoio dos argumentos do idoso em caso de tentativa de institucionalização forçada por parte dos familiares, com falsos argumentos de dependência por motivos de doença. A análise

da hipótese 4 e também em parte a hipótese 3 vão depois ajudar a compreender melhor todo este processo de aceitação.

2-A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada. (cinco)

Quadro 4

Frequência da variável “cinco” e respectivo histograma

Cinco					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	22	36,7	36,7	36,7
	2,00	38	63,3	63,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

A segunda questão (2-A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada, (Por razões técnicas para tratamento em SPSS a pergunta aparece representada com a palavra “cinco”.) Tem que ser analisada tendo em conta que é a opinião do interrogado sobre a sua percepção acerca dos outros institucionalizados se estão ou não contrariados. Não esta a perguntar se entraram ou não contrariados. Pela leitura do quadro verificamos que 63% dos interrogados pensam que a maioria dos idosos institucionalizados não estão contrariados. Este resultado corrobora a opinião dos profissionais entrevistados e da bibliografia apresentada na problemática deste estudo.

H2: A família é o principal apoio do idoso institucionalizado

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões:

1-frequencia de visitas

2- “ Em que circunstancias sai com o seu familiar para o exterior do lar?”

3-“Razões pelas quais não é visitado mais vezes pela sua família”

É difícil de avaliar a validade desta hipótese apenas com dados quantitativos. O cruzamento de vários dados e o apoio à análise de conteúdo das entrevistas terá que ser fortemente considerada

Vou considerar a variável qual a regularidade de visitas (regvisitas)

Segundo: 1 -idade, 2 - profissão, 3 - Sexo, 4 - anos de institucionalização 5 - escolaridade

Frequência da regularidade de visitas e respectivo histograma

1=nunca, 2=Mensal, 3=Quinzenal, 4= três vezes por mês 5= Semanal, 6=Natal, 7= Férias dos familiares (Emigrados por norma e Agosto é o período mais referenciado)

Quadro 5

Regvisitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	16	26,7	26,7	26,7
	2,00	8	13,3	13,3	40,0
	3,00	12	20,0	20,0	60,0
	4,00	5	8,3	8,3	68,3
	5,00	7	11,7	11,7	80,0
	6,00	5	8,3	8,3	88,3
	7,00	7	11,7	11,7	100,0
Total		60	100,0	100,0	

A análise desta questão tem que ter em conta o motivo pelo qual 26,7% dos inquiridos, nunca são visitados. As razões apresentadas são de varia ordem. Efectivamente existe alguma queixa relativamente ao esquecimento de alguns familiares. No entanto notou-se que os inquiridos têm tendência para desculpabilizar os familiares faltosos ou que não são tão assíduos ou pouco ou nada informados sobre a vida do seu familiar institucionalizado. Razão de trabalho, de dificuldades económicas para as viagens de visita, de falta de saúde, familiares, etc. Um pequeno número desabafa sobre o abandono familiar. Não podemos esquecer que a região em estudo é situada no interior do país, na província e será compreensível que as relações familiares ou de vizinhança estejam mais presentes que em regiões mais fortemente urbanizadas e industrializadas. O número de 11,7 % representa aqueles que só têm visitas uma vez no ano. Este facto deve-se sobretudo aos familiares emigrados, que só podem mesmo visitar uma vez por ano. O apoio familiar traduz-se muitas vezes nas chamadas telefónicas, que são um bom meio de contacto nestas situações e na ajuda económica. São os familiares que estão emigrados que muitas vezes suportam o custo do internamento e das despesas suplementares nas facturas de saúde ou de outras necessidades, conforme as entrevistas E, F. e G aos directores técnicos confirmam. O número dos que só têm visitas no Natal é de 8,3% e corresponde também a alguns familiares emigrados e que só visitam Portugal nesta época, mas também alguns moram em Portugal, mas só “vêm à terra” também nesta quadra festiva. Podemos sempre especular que alguns apesar de morarem perto ou terem possibilidades de serem mais assíduos nas visitas, só o fazem nesta época como descarga de consciência. Devemos sobretudo pensar que 26,7% é que não têm visitas, ou seja 73,3% preocupam-se de alguma forma nas visitas e contacto com o familiar internado.

A questão “ Em que circunstâncias sai com o seu familiar para o exterior do lar? “ é quantificada no seguinte quadro onde: 1=nunca, 2= Natal, 3= Almoço ocasionalmente, 5= Domingos, 6=Festas, 7= Férias

Frequência da “exterior ao lar com os familiares” e respectivo histograma

Quadro 6

Ext_lar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	20	33,3	33,3	33,3
	2,00	18	30,0	30,0	63,3
	3,00	5	8,3	8,3	71,7
	5,00	3	5,0	5,0	76,7
	6,00	9	15,0	15,0	91,7
	7,00	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Na interpretação desta questão tem que se ter em conta que todos os inquiridos tinham que ter capacidade cognitiva para responder ao questionário. Os acamados e todos aqueles que não reuniam condições mentais para responderem, não puderam manifestar-se. No entanto também devemos ter em conta que esses são os que reúnem menos condições para saírem com os familiares. A questão pode ler-se como uma pergunta dirigida aqueles que reúnem mais condições para visitarem o exterior do lar.

Pode dar informação sobre a manutenção dos laços afectivos com o exterior, com o meio familiar e doméstico e o antigo meio social. Os 33,3% que nunca saem em visita com o seu familiar, temos que ter em conta que muitos apesar de ainda terem as faculdades mentais em estado satisfatório, estão infelizmente limitados no campo físico onde as incapacidades locomotoras são um grande entrave para as saídas ao exterior. Depois há aqueles que necessitam de cuidados de saúde especializados e que no exterior têm uma efectiva dificuldade de assistência.

O Natal é o período que vem representado com 30, % de saídas e marca a preocupação dos familiares em lembrarem que o familiar ainda pertence à família apesar de institucionalizado. O natal é um símbolo da família e nota-se essa preocupação por parte dos familiares. Se não podem saírem com o seu familiar, insistem em pelo menos fazerem a visita na instituição. Esta opinião é unânime nas entrevistas realizadas, como também é unânime o registo do facto de que a saída no Natal se resume normalmente ao almoço de Natal. Em todas as entrevistas feitas aos directores técnicos concordam que no primeiro Natal em que o familiar é institucionalizado a família faz planos para o idoso ir passar uns dias a casa da família na época natalícia. No entanto verificadas as novas rotinas, e as dependências cada

vez mais agravadas, os planos são modificados e muitas vezes o idoso volta logo no dia seguinte ao lar geriátrico.

Os próprios idosos reconhecem e preferem que é preferível só almoçar no dia de Natal e depois voltarem para a instituição. Argumentam que o processo de institucionalização os habituou a respeitarem regras e horários que na casa dos familiares não é possível manterem. Depois é a vigilância da saúde que sentem que também está em causa e por essas razões sentem-se mais seguros no lar.

A saída para almoço aqui representada com 8,3 e os 5% das saídas ao Domingo podem ser interpretados como a oportunidade do idoso sair ao restaurante mas também de conviver na sociedade. Algumas vezes pode também ir visitar o antigo lar doméstico ou as terras que agora são cultivadas pelos familiares. As restantes razões também podem ser interpretadas da mesma forma. Deve-se registar no entanto que apesar de tudo ainda são 15% de idosos que fazem “férias” no exterior. A percentagem que se pode ler através desta questão é que 66,7% de pessoas inquiridas, visitam o exterior com os familiares.

A questão “Razões pelas quais não é visitado mais vezes pela sua família” é quantificada no seguinte quadro onde: 00=outras razões, 1=não tem família, 2= rotura na família, 3= mora longe, 4= trabalho, 5= rotação familiar

Frequência da “Razões pelas quais não é visitado mais vezes pela sua família” e respectivo histograma

Quadro 7

Visfamiliaria

Razões pelas quais não é visitado mais vezes pela sua família

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid , 00	1	1,7	1,7	1,7
1,00	9	15,0	15,0	16,7
2,00	3	5,0	5,0	21,7
3,00	20	33,3	33,3	55,0
4,00	26	43,3	43,3	98,3
5,00	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

O argumento do trabalho é o mais utilizado como forma de explicar porque é que o idoso institucionalizado não é mais vezes visitado. O argumento em si vem ao encontro dos

motivos mais invocados para explicar porque é que o idoso foi institucionalizado, ou seja a solidão do idoso e a necessidade de cuidados especializados devido à dependência do idoso. A família está ocupada com o trabalho e não existe possibilidade de cuidarem dos mais velhos. Mesmo quando é necessário visitar o familiar na instituição geriátrica é difícil arranjar tempo. O valor de 43,3% por motivo de trabalho é representativo da necessidade da família internar o membro mais velho que já não produz e que não há tempo para prestarem a devida atenção. No entanto os familiares visitam ao fim de semana ou quinzenalmente. Durante a semana a família está ocupada no trabalho e/ou na escola. O valor de 33,3 % por motivo de morar longe também é significativo. O idoso também tem tendência para desculpabilizar a falta de mais assiduidade por parte dos seus familiares. As razões de que os familiares não o podem visitarem mais vezes porque “tem o seu trabalho” ou porque “tem a vida dele “ ou porque “mora longe” são uma forma de desculpabilizarem os familiares perante os outros e para si mesmo. Nas entrevistas aos directores técnicos e aos enfermeiros foi unânime afirmarem que os internados de uma maneira geral têm tendência para desculpabilizarem os seus familiares.

H3: A solidão é a principal causa de institucionalização

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões

- 1- Motivo pelo qual veio viver para um lar (viver_lar)
- 2- O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão. (dois)

Frequência de “motivos para viver num lar” e respectivo histograma

Onde : 2=conviver, 3=serviços especializados, 4= outros motivos 5= solidão,

Quadro 8
Viver_lar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	1	1,7	1,7	1,7
3,00	10	16,7	16,7	18,3
4,00	1	1,7	1,7	20,0
5,00	48	80,0	80,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Pela leitura do quadro, constatamos que 80% dos inquiridos referem a solidão como principal motivo para a institucionalização. A viuvez está na principal causa desta solidão, conforme se pode verificar na análise comparativa das respostas com o estado civil. O homem

quando entra na viuvez vê-se privado de alguém que normalmente lhe preparava as refeições e o resto dos serviços domésticos. Enquanto os institucionalizados de hoje pertencem a uma geração onde o trabalho doméstico era da competência da mulher, hoje isso já não se verifica tanto. O homem hoje participa nos trabalhos domésticos, ainda que em Portugal não se verifique assim tanto esta tendência dos valores e papéis domésticos. Este facto será interessante estudar-se quando as novas gerações tiverem idade para serem institucionalizados. As mulheres quando enviúvam resistem mais tempo nos seus domicílios. Uma das razões que pode ajudar a compreender este facto é terem desenvolvido mais competências nos trabalhos domésticos.

Os inquiridos que se institucionalizaram com o principal motivo de usufruírem cuidados especializados, atingem o número de 16,7%, completando praticamente a grelha das motivações que levam à institucionalização. O “convívio” com um número de 1,7% das principais motivações pode no fundo ser acrescentado ao valor dos que responderam ser a “solidão”. Podemos afirmar que o principal motivo da institucionalização é a “solidão” nas suas várias dimensões e efeitos.

A procura de cuidados especializados nos estabelecimentos geriátricos tem explicação no facto da degenerescência física e mental do ser humano aumentar com o envelhecimento. As políticas de saúde com as devidas preocupações de contenção de custos e o desenvolvimento das alternativas de internamento hospitalar contribuem fortemente para esta realidade. A procura de cuidados especializados também é devido à solidão e isolamento do idoso no domicílio. Mais uma vez a existência da assistência familiar e serviços ao domicílio assume uma grande importância nos motivos da institucionalização do idoso. No domicílio as possibilidades de acesso à tecnologia de assistência na doença, os horários da toma dos medicamentos, os cuidados de higiene e os cuidados alimentares são mais difíceis de existir.

Quadro 9

Sexo * viver_lar Crosstabulation

Count. Sexo feminino =1 Sexo masculino =2

		Viver_lar				Total
		2,00	3,00	4,00	5,00	
Sexo	1,00	0	5	1	37	43
	2,00	1	5	0	11	17
Total		1	10	1	48	60

A maioria dos institucionalizados é do sexo feminino segundo as informações dadas nas entrevistas aos directores técnicos. A leitura do quadro 8 faz a leitura dos “motivos para viver num lar” com a variável “sexo” dos entrevistados. Constatamos que 37 dos 60 inquiridos, responderam ser a solidão o principal motivo da institucionalização e são do sexo

feminino. Este resultado é devido ao estado civil de viuvez, ao facto de a mulher ter uma esperança de vida superior à do homem, à emigração dos filhos, ao facto de todos os familiares terem que ter uma vida activa de modo a todos contribuírem para a economia doméstica. Todos estes factos ajudam também a compreender a forte presença do sexo feminino no número geral dos internados.

Quanto à segunda questão que contribui para a verificação da hipótese considerada, foi apresentada como uma afirmação e os inqueridos pronunciavam-se sobre a concordância com um “sim” e com a discordância com um “não”.

Frequência de pessoas que responderem à questão 2 “O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão”

Quadro 10

O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	60	100,0	100,0	100,0

A unanimidade de respostas “sim” significa que os inquiridos concordam que “O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão”. Este resultado corrobora os valores e as conclusões alcançadas através da leitura do quadro 8 referente aos principais motivos da institucionalização.

H4: Os cuidados especializados contribuem para a aceitação da institucionalização por parte do próprio idoso.

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões:

1. Motivo (viver_lar)
2. O lar de idosos é muito importante paa usufruir de cuidados especializados

A avaliação desta hipótese deve ter em conta, as várias análises que estão implícitas nas suas dimensões. A análise de conteúdo às entrevistas ocupa aqui uma importância primordial em relação à análise quantitativa. Os resultados obtidos anteriormente em relação aos motivos, esclarecem que 16,7% dos inquiridos apresentam a razão dos cuidados especializados como sendo o primeiro motivo para a sua institucionalização. Mas estes dados

referem-se aos momentos de entrada no lar geriátrico. Fomos lendo ao longo da bibliografia apresentada e segundo as entrevistas aos directores e enfermeiros dos respectivos lares onde se realizou este estudo, que o idoso no seu processo de institucionalização, vai-se adaptando e aceitando que afinal na instituição pode usufruir positivamente dos cuidados especializados. Já vimos na análise da H2, que o idoso nas visitas ao exterior e mesmo no Natal, prefere voltar ao fim do dia para o lar de idosos. O idoso vai reconhecendo as suas limitações e a sua dependência aos cuidados especializados que usufrui na instituição e que no seu domicílio não tem possibilidades de acesso.

A segunda questão que ajuda a avaliar a H4, foi apresentada como uma afirmação e os inquiridos pronunciavam-se sobre a concordância com um “sim” e com a discordância com um “não”.

2. O lar de idosos é muito importante para usufruir de cuidados especializados

Frequencia para a variável “O lar de idosos é muito importante para usufruir de cuidados especializados

Quadro 11

O lar de idosos é muito importante para usufruir de cuidados especializados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	60	100,0	100,0	100,0

A unanimidade dos inquiridos é absoluta em aceitarem a importância do lar na satisfação das necessidades em relação aos serviços especializados.

Inquérito às famílias

A parte dedicada à análise dos inquéritos realizados às famílias vem na complementaridade do que já foi analisado com os inquéritos aos idosos. Não há aqui necessidade de repetir tudo aquilo que já foi extraído da parte das entrevistas como apoio de argumentação. As perguntas aqui são quase as mesmas, mas agora segundo as respostas dos familiares.

Inquérito às famílias dos idosos

H1: No início do processo de institucionalização o idoso está contrariado

O que poderá responder a estas questões serão:

1-No início, veio contrariado viver num lar? (contrariado)

2-A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada. (cinco)

Frequência do factor contrariado e respectivo histograma

Analisou-se segundo:

1-Idade, 2-Profissão, 3-Sexo, 4-Anos de instituição

1=SIM, 2=NÃO

Frequência do factor contrariado e respectivo histograma

Quadro 12

Contrariado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	35	58,3	59,3	59,3
	2,00	24	40,0	40,7	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

Verificamos que 58,3% dos familiares dos idosos que responderam ao inquérito, reconhecem que no início o idoso institucionalizado entrou efectivamente contrariado. Valida

a hipótese mas deve ser considerado que apesar de no início os idosos terem entrado contrariados, não significa que agora ainda o estejam. A família poderá sempre ter tendência para se desculpar em relação à institucionalização do seu familiar. Apesar de reconhecerem que no início o seu familiar entrou contrariado, argumentam logo que o idoso ao longo do seu processo de institucionalização foi reconhecendo que estava melhor do que no domicílio. Quase sempre afirmam que gostariam de ter o familiar em casa, mas durante o dia não está ninguém no domicílio porque os adultos na idade activa trabalham e os filhos estão na escola, ou então a família está emigrada. Os argumentos da solidão, do isolamento, da segurança, da vigilância em todas as suas dimensões, dos cuidados especializados e da situação de dependência são invocados constantemente como forma de explicação da necessidade da institucionalização. As situações de demência do idoso também contribuem para a dúvida se o idoso estava ou não contrariado. Nestas situações o idoso quer estar sempre no seu domicílio. Nas entrevistas aos directores técnicos e enfermeiros foi lembrado que é frequente os doentes de Alzheimer irem para as portas das instituições para saírem para o exterior porque querem ir para as suas casas. As portas das instituições têm que estar sempre fechadas e bem controladas para segurança do próprio idoso. Podemos numa primeira impressão interrogarmo-nos sobre a ética que todo este processo envolve. Um adulto deve ter autonomia da vontade e todos nós devemos ser protegidos nesse direito. Mas quando existe problemas do foro mental com graves alterações cognitivas e comportamentais, devemos ser protegidos de nós mesmos.

2-A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada. (cinco)

Frequência da 5 “a maioria dos idosos institucionalizados está contrariado” e o respectivo histograma

Quadro 13

Cinco

A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	6	10,0	10,2	10,2
	2,00	53	88,3	89,8	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

A segunda questão “A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada”, como já foi dito, não está a referir-se ao início da institucionalização. Está a perguntar sobre o que

é que o inquirido pensa acerca dos idosos institucionalizados, se estão ou não contrariados no presente.

É sempre a visão de alguém que não vive na instituição, mas vai visitando o familiar e conversando com outras visitas e profissionais. Naturalmente ao longo da institucionalização do seu familiar que foi construindo uma percepção sobre aquilo que estamos a perguntar.

O valor nesta tabela é de 88,3% de familiares que pensam que a maioria dos idosos institucionalizados não está contrariada. Este número é ainda superior em relação à mesma pergunta feita aos idosos e já analisada no quadro 4. Confirma também que o idoso ao longo do seu processo de institucionalização tem tendência a reconhecer as vantagens do seu internamento.

No questionário feito aos familiares também perguntava se o inquirido pensava um dia também ser internado num estabelecimento geriátrico. A intenção desta pergunta foi depois poder-se verificar se havia correlação entre a afirmação desta pergunta e a afirmação sobre a institucionalização como uma boa solução para o familiar. A correlação foi positiva, mas também já se esperava este resultado porque o familiar tinha que ter um discurso coerente com o comportamento.

H2: A família é o principal apoio do idoso institucionalizado

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões:

1-frequencia de visitas

2- “ Em que circunstancias sai com o seu familiar para o exterior do lar?”

3-“Razões pelas quais não é visitado mais vezes pela sua família”

É difícil de avaliar a validade desta hipótese apenas com dados quantitativos. O cruzamento de vários dados e o apoio à análise de conteúdo das entrevistas terá que ser fortemente considerada

Vou considerar a variável qual a regularidade de visitas (regvisitas)

Segundo: 1 -idade, 2 - profissão, 3 - Sexo, 4 - anos de institucionalização 5 - escolaridade

Frequência da regularidade de visitas e respectivo histograma

1=nunca, 2=Mensal, 3=Quinzenal, 4= três vezes por mês 5= Semanal, 6=Natal, 7= Férias dos familiares (Emigrados por norma e Agosto é o período mais referenciado), 8=diário

Quadro 14

Regvisitas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	26	43,3	43,3	43,3
	3,00	16	26,7	26,7	70,0
	5,00	17	28,3	28,3	98,3
	8,00	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

A explicação de no quadro só aparecerem as situações 2,00,3,00,5,00,8,00, reside no simples facto que este questionário foi realizado junto dos familiares e não foi feito na época de Natal, por isso os familiares que só têm oportunidade de visitarem no Natal, não tiveram oportunidade de serem inquiridos. A situação 4,00 não aconteceu junto dos inquiridos, e a situação 1,00 que representa os que nunca visitam, também nunca poderiam ser inquiridos nos estabelecimentos porque nunca os visitam...

O número de 43,3 % representa aqueles familiares que só visitam uma vez por mês, é quase metade dos inquiridos e se considerarmos que 26,7% só visitam quinzenalmente podemos ficar com uma ideia da disponibilidade que cada familiar tem para visitar o idoso institucionalizado. No entanto isto não quer dizer que o idoso só tem visitas neste período, porque como vimos na bibliografia e nas entrevistas aos directores técnicos a família roda na sua obrigação de visita e apoio familiar. Nas entrevistas aos directores técnicos, todos confirmaram que de uma maneira em geral havia assiduidade das visitas dos familiares.

A questão “ Em que circunstancias sai com o seu familiar para o exterior do lar? “ é quantificada no seguinte quadro onde: 1=nunca, 2= Natal, 3= Almoço ocasionalmente, 5= Domingos, 6=Festas, 7= Férias

Frequência da exterior ao lar com os familiares e respectivo histograma

Quadro 15

Ext_lar

Em que circunstancias sai com o seu familiar para o exterior do lar?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	39	65,0	65,0	65,0
	2,00	14	23,3	23,3	88,3
	3,00	2	3,3	3,3	91,7
	5,00	1	1,7	1,7	93,3
	6,00	2	3,3	3,3	96,7
	7,00	2	3,3	3,3	100,0
Total		60	100,0	100,0	

A análise deste quadro deve ser sempre lido conjuntamente com o quadro 6 onde se analisa a mesma questão mas direccionada aos próprios idosos. O número de 65% é igualmente expressivo em relação aos que nunca têm oportunidade de saírem do lar. As principais razões residem na dependência do idoso e nas dificuldades de encontrarem no domicílio familiar condições para que essa visita se possa realizar. O próprio idoso muitas vezes apesar de ter condições de realizar essa visita ao exterior, não mostra interesse. Os familiares que com regularidade saem com os seus idosos também não tiveram muita oportunidade de responderem ao inquérito apesar das nossas visitas terem sido ainda com alguma regularidade. A razão da visita ao domicílio familiar no Natal expressa a importância e o simbólico que representa a presença dos mais idosos e da reunião de todos os familiares no Natal. Mais uma vez se confirmou que essa visita se realiza praticamente para o almoço do dia de Natal, pelas razões já anteriormente invocadas.

A questão “Razões pelas quais não visita mais vezes o seu familiar ” é quantificada no seguinte quadro onde: 3= mora longe, 4= trabalho, 5= rotação familiar

Frequência da “Razões pelas quais não visita mais vezes o seu familiar ” e respectivo histograma

Quadro 16

Visfamilia

Razões pelas quais não visita mais vezes o seu familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,00	2	3,3	3,3	3,3
	4,00	21	35,0	35,0	38,3
	5,00	37	61,7	61,7	100,0
Total		60	100,0	100,0	

A razão do trabalho aparece aqui com um valor significativo de 35% explicando o problema dos membros familiares em se ocuparem do familiar idoso. A razão mais invocada pelos familiares dos idosos é a rotação familiar com 61,7 %, que denota a preocupação de todos os membros encetarem esforços para visitarem o familiar internado. A razão de existir necessidade de rotação familiar entre os membros da família nas visitas ao seu idoso está no facto de que a família está ocupada na vida activa e escolar. Esta estratégia, no entanto, é bem representativa da preocupação dos familiares em relação ao seu membro institucionalizado.

H3: A solidão é a principal causa de institucionalização

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões

- 3- Motivo pelo qual veio viver para um lar (viver_lar)
- 4- O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão. (dois)

Frequência de “motivos para viver num lar” e respectivo histograma

Onde :1=indicação médica e segurança social, 2=conviver, 3=serviços especializados, 4= outros motivos 5= solidão,

Frequência de motivos para viver num lar e respectivo histograma

Quadro 17

		Motivo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	2	3,3	3,4	3,4
	2,00	1	1,7	1,7	5,1
	3,00	22	36,7	37,3	42,4
	4,00	1	1,7	1,7	44,1
	5,00	33	55,0	55,9	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

O motivo da solidão com o valor de 55% das respostas dos inquiridos, confirma este motivo como o principal factor de institucionalização dos idosos. Os argumentos apresentados na análise do quadro 7 contribuem para a compreensão do presente quadro. Os valores dos motivos “solidão” e “serviços especializados” são na óptica dos familiares e dos idosos institucionalizados, os principais motivos de internamento.

Neste quadro o valor representado como 10 indicação médica e segurança social, chama a atenção para aqueles casos em que o medico de medicina familiar encontra motivos de necessidade de internamento por motivos referentes aos cuidados de saúde e não haver ninguém ou condições adequadas no domicilio. Na prática é uma situação de necessidade de prestação de serviços especializados. A violência doméstica e o isolamento do idoso são também motivos de institucionalização em que o medico de família e o assistente social têm um papel fortemente interventor.

Em relação à segunda questão que contribui para a verificação da hipótese considerada, foi apresentada como uma afirmação e os inqueridos pronunciavam-se sobre a concordância com um “sim” e com a discordância com um “não”.

Frequência de pessoas que responderem à questão “O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão”

Quadro 18

Dois

O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	59	98,3	100,0	100,0
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

O valor de 98,3% dos inquiridos responderem “sim” significa que os respondentes concordam que “O lar de idosos é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão”. Este resultado corrobora os valores e as conclusões alcançadas através da leitura do quadro 8 referente aos principais motivos da institucionalização.

H4: Os cuidados especializados contribuem para a aceitação da institucionalização por parte do próprio idoso.

Esta hipótese pode ser analisada através das seguintes questões:

1. Motivo (viver_lar)

2. O lar de idosos é muito importante para usufruir de cuidados especializados

Em relação à avaliação desta hipótese, os argumentos utilizados na avaliação do inquerito feito aos idosos institucionalizados, aplica-se do mesmo modo nos inqueritos respondidos pelos familiares dos idosos institucionalizados. Pela leitura do quadro 15, observamos que 36,7% dos familiares inquiridos, afirmam serem os cuidados especializados o principal motivo de institucionalização do seu familiar. Este número indica-nos a razão principal para os familiares. Este número já é elevado e transmite a preocupação e consciência dos familiares na necessidade de prestação de cuidados especializados ao idoso dependente.

A análise de conteúdo às entrevistas ocupa aqui uma importância primordial em relação à análise quantitativa. Os resultados obtidos anteriormente em relação aos motivos, esclarecem que 16,7% dos inquiridos apresentam a razão dos cuidados especializados como sendo o primeiro motivo para a sua institucionalização. Mas estes dados referem-se aos momentos de entrada no lar geriátrico. Fomos lendo ao longo da bibliografia apresentada e segundo as entrevistas aos directores e enfermeiros dos respectivos lares onde se realizou este estudo, que o idoso no seu processo de institucionalização, vai-se adaptando e aceitando que afinal na instituição pode usufruir positivamente dos cuidados especializados. Já vimos na análise da H2, que o idoso nas visitas ao exterior e mesmo no Natal, prefere voltar ao fim do dia para o lar de idosos. O idoso vai reconhecendo as suas limitações e a sua dependência aos cuidados especializados que usufruiu na instituição e que no seu domicílio não tem possibilidades de acesso.

A segunda questão que ajuda a avaliar a H4, foi apresentada como uma afirmação e os inqueridos pronunciavam-se sobre a concordância com um “sim” e com a discordância com um “não”.

2. O lar de idosos é muito importante para usufruir de cuidados especializados
Quadro 19

Dois

O lar de idosos é muito importante para usufruir de cuidados especializados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	59	98,3	100,0	100,0
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

O número 98,3% é expressivo e traduz por parte dos familiares inquiridos a consciência de que o idoso dependente necessita de cuidados especializados. As razões de impossibilidade de no domicílio não haver condições para um serviço de cuidados adequados ao idoso é frequentemente assumido pelos familiares dos idosos institucionalizados.

Inquérito à população

Foram realizados 240 inquéritos a residentes no concelho de Lamego e em igualdade de número em termos de género, distribuídos pelas seguintes classes etárias:

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário 18 / 34

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário 35 / 49

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário 50 / 64

Sessenta inquéritos a indivíduos do escalão etário + 65

O objectivo deste inquérito foi apenas de contribuir com mais algum conhecimento sobre o que temos vindo a estudar neste trabalho. A opinião de alguém que eventualmente não conhece de perto a realidade é sempre apenas indicativo da imagem e/ou percepção dos indivíduos inquiridos. É certo que começa a ser difícil de alguém não conhecer pelo menos o problema do envelhecimento humano através do contacto familiar ou da vizinhança, ou de si próprio. Dos meios de comunicação não se poderá afirmar que a imagem dos lares de idosos tenha chegado ao público da maneira mais favorável. O relato de determinados casos mal sucedidos de institucionalização de idosos ou sobre as precárias instalações ou maus-tratos,

poderá influenciar a opinião pública negativamente. Existe a tendência das massas populares de julgar as partes pelo todo. As notícias são boas quando são exceção e provocam reacção. O problema é justamente quando se prejudica a imagem e profissionalismo da maioria por causa do comportamento de casos isolados. Sem se querer estar a defender alguma posição, deve-se no entanto estar preparado e esclarecido sobre os efeitos da mediatização. Apenas com a investigação atenta dos factos seguindo metodologia científica e depois de considerados vários estudos científicos realizados em varias realidades se poderá formular uma opinião mais justa sobre toda a problemática envolvida. No entanto pareceu importante realizar um inquérito à população do concelho onde se realizou o presente estudo. A concepção do inquérito procurou obter informação sobre a institucionalização do idoso e sobre a intenção do respondente vir a recorrer dos serviços de uma instituição geriátrica para algum familiar ou para si próprio. Será interessante verificar se o que pensam ser bom para os familiares também será bom para o próprio. Não querendo ocupar muito mais espaço com quadros e interpretações de todas as possibilidades de cruzamento de informação que se obteve com a realização deste inquérito, registamos aqui os resultados daquilo que nos pareceu mais relevante.

Já visitou lares de idosos? = 21,7%

Pensa um dia ir viver para um lar de idosos? = 33,1%

Considera um dia vir a utilizar os serviços de um lar para um seu familiar? = 17,8 %

Lar de idosos é uma boa solução? = 44,6 %

Lar do idoso é uma oportunidade do idoso fazer frente à solidão = 71%

Lar do idoso é muito importante para usufruir de cuidados especializados = 82,2%

A maioria dos idosos institucionalizados está contrariada = 48,1 %

O concelho de Lamego tem bons serviços de lares de idosos = 62,3 %

O concelho de Lamego tem boas instalações de lares de idosos = 68,8 %

A aplicação do questionário à população do concelho de Lamego, foi através de quatro pessoas habituadas a inquirir a população com estudos internacionais e nacionais de grande relevância sociológica e de reconhecido valor científico. A amostra de 240 inquéritos já é representativa da população do concelho de Lamego que no ano de 2008 era de 25 863 pessoas. No entanto o resultado é meramente indicativo da imagem que os lares têm na população inquirida. De realçar que 21,7 % dos inquiridos já visitaram lares geriátricos, indicando assim algum conhecimento sobre lares de idosos.

Das entrevistas

A informação recolhida através das entrevistas já foi utilizada e citada ao longo deste estudo, no entanto deve-se realçar que uma entrevista pelo seu carácter de perguntas abertas possui uma riqueza que deve ser aproveitada e partilhada neste estudo.

Parte da entrevista à directora da Universidade sénior é a única que não é confidencial enquanto informação institucional. Serve para termos uma ideia da chamada “velhice activa “ ou melhor da juventude dos seres humanos que estão na fase sénior. A existência da referida Universidade sénior comprova a energia e desejo de viver depois da reforma. A vontade de aprender novas matérias e de se exercitar fisicamente em “ aulas de natação” e de ginástica prova que esta fase da vida não é apenas degenerescência do corpo. “A velhice é mais mental do que física”. O teatro e a aprendizagem de línguas estrangeiras são actividades que requerem força de espírito para se iniciar nesta fase da vida. Existe uma quota simbólica como pagamento da frequência nas actividades escolares. Os professores leccionam gratuitamente. O número de alunos não é muito grande na medida que os analfabetos por exemplo estão de alguma forma excluídos e a actividade pós reforma ainda causa alguma estranheza. A existência da Universidade Sénior é uma forma de dinamização entre os seniores e um exemplo para os outros seniores e para todas as gerações.

Médicos de família

Os médicos de família são importantes no processo de institucionalização do idoso conforme lemos na parte teórica deste estudo. A existência de violência no idoso institucionalizado é difícil de estudar, de comprovar, e de definir. Os médicos das entrevistas B e C reconhecem que o idoso agitado é complicado de controlar sem a utilização de medicamentos como forma de “compensar”. Na ineficácia destes a utilização de “cintas” que ajudam a prender o idoso à cama ou à cadeira é preferível que à queda do idoso. A existência de mais auxiliares poderia ajudar, mas isso implicaria um grande aumento de despesa e para todos os efeitos não é suficiente em determinados estados de grande agitação. A psicoterapia seria também útil mas falta dinheiro para pagar esses recursos humanos. A toma de medicamentos como forma de controlo de alguns idosos institucionalizados é uma prática comum segundo a percepção dos médicos entrevistados.

O médico de família quando o seu paciente é institucionalizado perde normalmente o seguimento clínico para o médico da instituição geriátrica. Alguns idosos, no entanto insistem em continuar com o médico de família. Os médicos entrevistados reconhecem que o concelho de Lamego têm boas instalações geriátricas, mas são insuficientes para a necessidade da população. O médico de família funciona muitas vezes como alternativa a adiar o mais possível a institucionalização do paciente. A contenção de custos nos tratamentos e sobretudo nos diagnósticos torna complicado muitas vezes evitar a ocorrência de determinadas patologias e dependências do idoso, queixam-se os médicos A e B.

Na prática hospitalar dos médicos de família entrevistados, todos são unânimes em afirmar que existe abandono de idosos depois de terem alta, por parte das famílias. O lar de idosos será muitas vezes o encaminhamento que será tratado entre o assistente social hospitalar e o director do estabelecimento geriátrico.

O médico de família é sobretudo importante no adiamento da institucionalização, na medida que pode proporcionar algumas visitas ao domicílio. O apoio do médico de família é importantíssimo no aconselhamento dos familiares e assistentes sociais sobre a manutenção no domicílio ou necessidade de institucionalização.

Enfermeiros das instituições

Os enfermeiros dos lares geriátricos são profissionais muito bem colocados no conhecimento do funcionamento institucional e sobre o nível psicológico e estado de saúde dos idosos. O enfermeiro é que administra a medicação prescrita normalmente pelo médico da instituição. A ele que vai ajustando a medicação. O enfermeiro serve de confidente nas diferentes queixas do idoso. O enfermeiro tem de socorrer-se constantemente de psicologia positiva para atenuar a dor física e a dor da alma.

Os enfermeiros confirmam a necessidade da aplicação pontual das cintas nas cadeiras para protecção das quedas do idoso. A cinta que se utiliza nas camas deixa bastante liberdade para o idoso de mexer, sem no entanto cair.

Muitos idosos entram com graves problemas de saúde e de dependência e no lar de idosos recuperam significativamente graças aos cuidados especializados. Existem idosos que entram de cadeira de rodas e com o apoio da equipa de enfermagem e dos auxiliares o idoso vai recuperando a capacidade locomotora.

Cada equipa de enfermagem é composta na sua generalidade por três profissionais que se substituem por turnos. Durante a noite não costuma haver enfermeiros a não ser numa das instituições onde existem enfermeiros permanentes. A medicação em SOS não existe na ausência do enfermeiro. Durante a noite em presença de agitação do idoso e enfermeiro pode ser chamado de sua casa para assistir e avaliar a situação. Primeiro é o enfermeiro que é chamado. Só em caso raro é chamado o médico que assiste na instituição.

Os familiares costumam muitas vezes recorrer ao enfermeiro para se informarem sobre o estado de saúde do seu familiar. No entanto também é verdade que os familiares acreditam nas queixas infundadas do seu familiar institucionalizado. É recorrente utilizarem a frase “ Eu pago por isso exijo qualidade no serviço”. Pode ser injusto e apenas fruto da fantasia do idoso , mas na verdade o familiar tem tendência para acreditar.

A formação dos auxiliares é contínua e não existem muitos auxiliares com o respectivo curso. A sensibilização dos auxiliares para a necessidade de se cultivar o lado humano é sistematicamente reforçada. O desgaste psicológico por parte dos profissionais dos lares geriátricos deve ser considerado e devidamente acautelado.

A prática da enfermagem e dos serviços de enfermagem são constantemente reaprendidas e a formação científica dos enfermeiros muito contribui para o desenvolvimento de novas pratica e de novas atitudes.

A zanga entre os idosos acontece algumas vezes e por vezes com visita à enfermaria. A violência dos idosos em relação aos profissionais é mais verbal que física.

Directores técnicos dos estabelecimentos geriátricos

Os familiares na sua grande maioria preocupam-se em apoiar o idoso institucionalizado. Existem muitos familiares que fazem grandes deslocações para visitarem o idoso. Muitas vezes já não existe herança, porque as partilhas já se fizeram, mas não é por isso que os familiares deixam de visitar. Por vezes os familiares queixam-se do estado do seu familiar, mas esquecem-se que entretanto passou um ano que já não o vêem. Nestas idades um ano é significativo em termos de degenerescência e estado de saúde.

No lar existe a preocupação de tentar recuperar o idoso. Por vezes o idoso e a família pensa que ao entrar na instituição tudo lhe é feito, mas tem de haver a preocupação de tentar que seja o idoso a desenvolver capacidades e sendo assim, sempre que possível é o idoso que come por si próprio e que realiza todas as tarefas possíveis.

Os idosos que estão nos hospitais com alta e não têm família ou a família não se interessa, normalmente é institucionalizado num lar por intermédio da segurança social do hospital. Por vezes morre um idoso e não tem dinheiro para o funeral. É a instituição geriátrica que adianta as despesas. Quando não há família, tudo se passa como a família fosse o lar. É comum os idosos irem aos funerais dos outros. Existe normalmente uma atitude saudável perante a morte. Nestas idades a morte é esperada e aceite com naturalidade.

Os lares são um forte apoio à família na medida que a institucionalização é a única oportunidade do idoso poder contar com cuidados especializados. A desidratação do idoso é rara, no entanto acontece. O idoso não tem muitas vezes consciência da sua necessidade de beber, por isso desenvolvem-se estratégias para que o idoso beba mesmo que pense que não necessite. Todos os directores negaram que por motivos do idoso não ir muitas vezes urinar lhes fosse dado menos água. Admitiram que isso podia acontecer, mas nunca onde são directores.

Existe uma lista entre sessenta a cem idosos em lista de espera para cada instituição. A adaptação dos idosos é normalmente durante o primeiro mês. Em termos de horários as regras são mais fáceis de respeitar do que os hábitos de higiene ou de outros comportamentos já muito enraizados. Normalmente o primeiro mês é para experiência de adaptação. Por vezes o idoso não se adapta e vai embora.

O relacionamento interinstitucional é de cooperação e existem actividades conjuntas entre os lares geriátricos mais próximos.

Conclusões

As conclusões têm vindo a ser desenvolvidas ao longo da argumentação da parte empírica deste estudo. As recomendações devem contribuir para o melhoramento das condições de vida do idoso em geral e das prestações dos serviços associados.

Os estabelecimentos geriátricos do concelho de Lamego são insuficientes face à necessidade da população. Existem longas listas de espera para a entrada nestes lares. A capacidade dos estabelecimentos são cerca de 212 lugares, mas a soma das listas de espera são perto do dobro deste número. Existe assim necessidade da sociedade civil se mobilizar para encontrar alternativas. Cada vez mais a iniciativa associativa deve ser incentivada. A constituição de cooperativas poderá ser uma boa solução para o aumento da oferta de lugares em estabelecimentos geriátricos.

São notórias as carências ao nível de recursos humanos. Ficou mostrado que não são empregues mais recursos humanos por motivos de aumentar consideravelmente os custos. As parcerias poderiam dar um bom contributo neste domínio.

As actividades nos estabelecimentos ganhariam com a utilização de mais animadores. Psicoterapeutas ajudariam nas alternativas a alguma medicação.

O idoso maioritariamente tem visitas e a família desenvolve estratégias para manter o apoio ao idoso institucionalizado. Os familiares emigrados ou que residem longe, recorrem ao telefone como meio de contacto preferencial e ajudam nas despesas do seu idoso institucionalizado.

O processo de institucionalização contribui para a melhoria de vida do idoso.

Ao longo do processo de institucionalização, o idoso vai aceitando e reconhecendo as vantagens do seu internamento

A existência dos lares de idosos é importante no apoio à família face à dependência do idoso.

As famílias estão muito ocupadas no trabalho e têm grande dificuldade para cuidarem dos seus idosos.

A população de idosos no concelho de Lamego era no ano de 2008 de 4552 pessoas. Os idosos institucionalizados são cerca de 212 pessoas, o que leva a concluir que a grande maioria dos idosos ainda vive no domicílio. As famílias encontram soluções que ajudam a manter o idoso no domicílio. A permanência no domicílio pode ser boa se existirem condições e cuidados especializados para dar resposta às necessidades do idoso dependente.

Bibliografia

- Amyot, Jean-Jacques, e Mollier, Annie, (2009) *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod

-Amyot, Jean-Jacques, (2008), *Travailler auprès des personnes âgées*, Paris, Dunod

-Anica, Aurízia, (2002), “Os velhos do Passado “, in -Bayle, Filomena, [coord], *O Idoso em 2000*, Loulé, Instituto Universitário Dom Afonso III

- Atane, Sophie, (2010), *La maltraitance en maison de retraite*, Le Cherche-Midi

-Bayle, Filomena, (2002a), *O Idoso em 2000-Actualidades e perspectivas na intervenção psicossocial*, Loulé, Instituto Universitário Dom Afonso III

- Bayle, Filomena, (2002b), “O Psicólogo e o Idoso “, in -Bayle, Filomena, [coord], *O Idoso em 2000*, Loulé, Instituto Universitário Dom Afonso III

Bastos, Susana Trovão Pereira, (1991), *Rostos de velhice na cidade*, in *Do Desvio à Instituição Total - Subcultura, Estigma -Trajectos*, Lisboa, Gabinete de estudos jurídico-sociais-nº1/90-CEJ

-Bouquet, Brigitte, (2004), *Éthique et travail social : Une recherche du sens*, Paris, Dunod

-Carapinheiro, Graça (2001) “A Globalização do risco social” in Santos, Boaventura de Sousa, [org], *Globalização -Fatalidade ou Utopia*, Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento

-Cardão, Sara, (2009), *O idoso Institucionalizado*, Lisboa, Coisas de Ler

-Chopart, Jean-Noël, (2003), *Os Novos Desafios do Trabalho Social: Dinâmicas de um campo profissional*, Porto. Porto editora

- Correia, Sofia, (2007), *Capital Social e Comunidade Cívica, o círculo virtuoso da cidadania*, Lisboa Universidade de Lisboa, ISCTE,

Costa, António Firmino Da, (2001), “ *A Pesquisa De Terreno Em Sociologia* “, in “*Metodologia Das Ciências Sociais* “, Porto, Edições Afrontamento

-Castells, Manuel (2003), *O Poder da Identidade*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

-Darnaud, Thierry, (2008), *L'entrée en maison de retraite, une lecture systémique du temps de l'accueil, Rupture ou réorganisation du lien familial*, Issy-les-Moulineaux, ESF - éditeur

-Domingues, Leonel Henriques, (2005), *Políticas Sociais em Mudança - O Estado, as Empresas e a Intervenção Social*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Humanas

-Ennuyer, Bernard, (2006), *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod

-Fernandes, António Teixeira (1997) “ A Sociedade e o Estado - Sociologia das Formações Políticas “, Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento

- Fernandes, António Teixeira, (2000), “O Pobre em luta pela Cidadania” in *Pobreza, Exclusão, Horizonte de Intervenção*, debate promovido pela Presidência da República, Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

-Figueiredo, Daniela, (2007), *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.

Fonseca, António Manuel, (2006), *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica*, Lisboa, Universidade Católica Editora

Francoeur, Marie, (2010), *Fin de vie en établissement gériatrique*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble

-Giddens, Anthony, (2004), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

-GOFFMAN, Erving (1968), « Asiles, études sur la condition social des malades mentaux», Paris, les Éditions de Minuit

-Goovaerts, Henk, (2008), *Trabalhar com um plano por etapas*, in Banks, Sarah, e Nohr, Kirsten (coord), *Ética profissional para as profissões do trabalho social*, Porto, Porto Editora

-Hespanha, Pedro, (2001),” Mal-estar e risco social num mundo globalizado”, in Santos, Boaventura de Sousa, [org], *Globalização -Fatalidade ou Utopia*, Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento

Hugonot, Robert, (2007), *Violences invisibles, Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*, Paris, Dunod

-Lima, Margarida Pedroso, (2006), *Posso Participar ?* Porto, Âmbar -Ideias no papel, SA

Mallon, Isabelle, (2005), *Vivre en maison de retraite, Le dernier chez soi*, Rennes, Presses Universitaires Rennes li

-Martin, I, (2005), *O cuidado informal no âmbito social*, in C. Paúl e A. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, CLIMEPSI Editores pp.179-202.

-Monteiro, Alcides, (2004), *Associativismo e Novos Laços Sociais*, Coimbra, Quarteto

Nunes, A. Sedas, (2001), “*Questões Preliminares sobre As Ciências Sociais* “ Lisboa, Editorial Presença

-Paúl, Constança e Fonseca, António M [coord], (2005), *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, Lisboa, CLIMEPSI - Editores

Payne, Malcolm, (1997), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto

Pitaud, Philippe,(2010), *Solitude et isolement des personnes âgées, -L'environnement solidaire*,Paris,Éres

Quivy, Raymond, e Campenhoudt, LucVan, (2004),” *Manual De Investigação Em Ciências Sociais* ” Lisboa, Gradiva

Rosa, Maria Virgínia F.P.C, e Arnoldi, Marlene Aparecida G.C., (2008),”*A Entrevista Na Pesquisa Quantitativa* “, Belo Horizonte, autêntica

-Robertis, Cristina de, (2007), *Méthode de l'intervention en Travail Social : L'aide à la personne*, Nouvelle édition, Paris, Bayard

-Rodrigues, António Milheiras, (2002), “Envelhecer com mais Vida e Melhores Apoios Sociais “, in -Bayle, Filomena, [coord], *O Idoso em 2000*, Loulé, Instituto Universitário Dom Afonso III

-Ruivo, Fernando, (2002), *Poder Local e Exclusão Social*, Coimbra, Quarteto Editora.

-Sande, Adje Van de, e Beauvolsk, Michel-André e Renault, Giles, (2002), *Le travail Social. : Théories et pratiques*, Montréal Québec, Gaëtan Morin éditeur

-Santos, Boaventura de Sousa, [org], (2001), *Globalização -Fatalidade ou Utopia*, Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento

-Sarah, Banks, e Nohr, Kirsten, (2008), *Ética pratica para as Profissões do Trabalho Social*, Porto, Porto Editora

Schnapper, Dominique, (2000), “ *A Compreensão Sociológica* “ , Lisboa, Gradiva

Silva, José Madureira, e Pinto, José Madureira, (2001), “ *Uma Visão Global Sobre As Ciências Sociais*” in “*Metodologia Das Ciências Sociais* “, Porto, Edições Afrontamento

Silva, José Madureira, (2001),”*A Ruptura Com O Senso Comum Nas Ciências Sociais*” in “*Metodologia Das Ciências Sociais* “, Porto, Edições Afrontamento

-Sousa, L, Figueiredo, D, Cerqueira, M. (2006), *Envelhecer em família, Os cuidados familiares na velhice*, Porto Âmbar

-Stoer, Stephen R. e Magalhães, António, (2005) *A Diferença Somos Nós*, Porto, Edições Afrontamento - Biblioteca das Ciências Sociais

Vala, Jorge, (2001), “ *A Analise de Conteúdo* “, in “*Metodologia Das Ciências Sociais* “, Porto, Edições Afrontamento

-Vala, Jorge, (2003), *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*, in J. Vala, M.V. Cabral, e A. Ramos (orgs), *Atitudes Sociais dos Portugueses*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

- Vercauteren, Richard, e Predazzi, Marco, Loriaux, Michel, (2000), *Pour une identité de la personne âgée en établissements, Le projet de vie*, Ramonville-Saint-Agne, Eres éditeur

Villez, A, (2005), *Adapter les établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod

Entrevistas A, B e C aos médicos, D à directora da Universidade Sénior, E, F, G e H aos directores das Instituições geriátricas, I, J e L aos enfermeiros.