



Daniela Oliveira Duarte Freitas

# A VELHICE NOS LARES NA PERSPETIVA DAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação de Mestrado em Sociologia, orientada pela Professora Doutora Sílvia Portugal e apresentada à Faculdade de Economia de Universidade de Coimbra.

2015





**FEUC** FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Daniela Oliveira Duarte Freitas**

**A VELHICE NOS LARES NA PERSPETIVA DAS PROFISSIONAIS: UM  
ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Dissertação de Mestrado em Sociologia, apresentada à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Prof. Doutora Sílvia Portugal

Coimbra, 2015

## AGRADECIMENTOS

À direção da Associação de Actividades Sociais do Bairro 2 de Maio, pela compreensão e dispensa que me disponibilizaram para concretizar o objetivo pessoal de terminar o mestrado em sociologia e às colegas de trabalho que asseguraram os afazeres para que esta dissertação se materializasse.

Às instituições e profissionais que concordaram fazer parte integrante desta investigação, sem os quais as presentes conclusões sobre fenómeno da velhice em lar não seriam possíveis, os quais não os cito por nome apenas por respeito ao anonimato.

À minha família e amigos, pela força e compreensão.

E claro, à professora Sílvia Portugal pelo seu suporte e orientação académica, tão imprescindíveis para conclusão desta cruzada.

## RESUMO

Importantes transformações demográficas têm acontecido nos últimos anos, principalmente nos países do hemisfério norte do globo projetando-se um envelhecimento da população mundial a longo prazo, com a esperança média de vida sempre a aumentar, colocando grandes desafios aos cuidados e apoios aos mais velhos. A par das transformações demográficas, têm ocorrido igualmente importantes mudanças nas estruturas organizativas das famílias e, conseqüentemente, das sociedades. A diminuição da taxa de nupcialidade, o aumento dos divórcios e das famílias monoparentais e reestruturadas, a crescente integração das mulheres no mercado de trabalho são exemplos de algumas das mudanças sociais e familiares. Neste cenário, no qual a relação entre idosos e jovens é negativa, todas estas alterações tomam proporções ainda maiores, fomentando o *ageism* (Viegas & Gomes, 2007). De facto, persiste na sociedade portuguesa uma perceção negativa acerca da velhice e sobre as vivências em lar (Daniel, 2009; Pimentel, 2001) a qual constitui o tema de fundo da presente investigação.

O objetivo geral deste trabalho prende-se com o conhecimento das perceções que os profissionais que trabalham nos lares de Lisboa Ocidental possuem sobre a velhice, sobre os lares e sobre as vivências em lar. Enveredamos por uma metodologia qualitativa de carácter exploratório, para responder aos seguintes objetivos específicos: o conhecimento das motivações e as características dos profissionais do cuidado a idosos em lar e das vantagens e desvantagens de, na sua perspectiva, envelhecer num lar; a identificação de causas da integração de idosos em lar e, por fim, tentar perceber o que pensam os profissionais sobre a sua futura velhice e possível integração em lar.

Foram entrevistadas 8 profissionais do sexo feminino, desempenhando diferentes funções na hierarquia dos lares. As principais motivações para o cuidado formal a idosos prendem-se com a vocação, experiência pessoal no cuidado e necessidade de trabalhar. Por um lado, os resultados apontam para uma perceção negativa da velhice e dos lares mas, por outro lado, consideram que os lares desempenham um papel importante na prestação de cuidados a idosos, permitindo aliviar as famílias da sobrecarga do cuidado aos seus familiares, pois garantem a satisfação de necessidades primárias e promovem o convívio e o desenvolvimento de atividades. Sendo a família e a doença consideradas as principais causas da institucionalização as profissionais que cuidaram de familiares no domicílio até à morte, referem que tencionam envelhecer em casa e só integrarem um lar, em último recurso. Como desvantagens dos lares, as participantes apontaram a perda de liberdade e da individualidade e o facto de estarem focados apenas na satisfação de necessidades primárias por isso aspiram a novos modos de funcionamento dos lares para que possam equacionar a hipótese de integração em lar para si próprias.

## PALAVRAS-CHAVE

Idosos; Velhice em lar; Institucionalização; Cuidados formais a idosos; Cuidadoras formais.

## ABSTRACT

Important demographic changes are happening since last years, mainly in the countries of the northern hemisphere of the globe, anticipating an aging world population on long term, with the average life expectancy increasing steadily over the time, raising serious challenges to care provision and support to the elderly. Together with the demographic changes, deep transformations are happening in the organizational structures of families, and consequently on society.

The reduction in the marriage rate, the growth in divorces and of single parents families, the consolidation of the role of the women in the job market, are examples of some social and family level changes.

In this social level, in which the relation between elderly and youth is negative, all these changes take bigger proportions, encouraging the *ageism* (Viegas & Gomes, 2007). In fact, it persists on Portuguese society a negative perception about aging and about nursing homes, which is the main topic of this research.

The aim of this study relates the understanding and perceptions that professionals working in nursing homes from Lisbon West have about old age, about nursing homes and experiences from these homes. We embarked on a qualitative methodology of exploratory nature, to meet the following specific objectives: knowledge of the motivations and characteristics of care providers at nursing homes and the advantages and disadvantages of, in their perspective, grow old in a nursing home; the identification of causes of integration of the elderly in the nursing home; and finally, trying to understand what the professionals think about their own future and possible integration in nursing homes.

In this survey, 8 female professionals were interviewed, playing different roles in the hierarchy of nursing homes human resources structure. The main motivations for formal care for the elderly are related to the self-motivation, personal experience in the care and need to work. In one hand, the results point to a negative perception of old age and nursing homes, but on the other hand, consider that nursing homes play an important role providing care for the elderly, allowing relieve families of the burden of taking care for their families, to ensure the satisfaction of basic needs and promote coexistence and development activities. As the family and the disease considered the main causes of institutionalization, the professionals who cared for family members at home to death, report that they intend to grow old at home and only form part of a nursing home as a last scenario. As disadvantages of nursing homes, survey participants pointed to the loss of freedom and individuality and the fact that these houses are focused only on meeting basic needs, and by that, aspire to new operating modes of nursing homes so that they can consider the possibility of integration into home for themselves.

## KEYWORDS

Elderly; Old age at nursing homes; Institutionalization; Formal care to elderly; Care providers;

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla	Descrição
CD	Centros de Dia
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
CC	Centros de Convívio
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
INE	Instituto Nacional de Estatística
EMV	Esperança Média de Vida
AVD's	Atividades de Vida Diária
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
Fig.	Figura
PAII	Programa de Apoio Integrado a Idosos
PARES	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
PIPP	Programa Integrado de Policiamento de Proximidade
MIPP	Modelo Integrado de Policiamento de Proximidade
GNR	Guarda Nacional Republicana
EPAV	Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima
PSP	Polícia de Segurança Pública
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
PCHI	Programa de Conforto Habitacional para Idosos

## LISTA DE FIGURAS

<i>Paginação</i>	<b>Fig. nº</b>	<b>Descrição</b>
<i>Página 16</i>	<b>Fig. 1</b>	Mecanismos de Proteção Social a Idosos, em Portugal.
<i>Página 24</i>	<b>Fig. 2</b>	Tipos de Cuidado a Idosos.
<i>Página 29</i>	<b>Fig. 3</b>	Alguns fatores propícios à institucionalização de idosos em lar.



## LISTA DE QUADROS

<b>Paginação</b>	<b>Fig. nº</b>	<b>Descrição</b>
<i>Página 6</i>	<b>Quadro 1</b>	Aumento histórico da EMV, em Portugal Continental.
<i>Página 6</i>	<b>Quadro 2</b>	EMV à idade atual, em Portugal Continental.
<i>Página 7</i>	<b>Quadro 3</b>	Dificuldades motoras e cognitivas que a população idosa sente.
<i>Página 8</i>	<b>Quadro 4</b>	Quantidade e Capacidade das respostas sociais, em Portugal Continental.
<i>Página 13</i>	<b>Quadro 5</b>	Critérios de definição de idoso e velhice historicamente contextualizados.
<i>Página 28</i>	<b>Quadro 6</b>	Idosos que vivem sozinhos e em lar em Portugal.
<i>Página 43</i>	<b>Quadro 7</b>	Índice de Envelhecimento nas 24 freguesias de Lisboa
<i>Página 44</i>	<b>Quadro 8</b>	Lista de Lares encontrados nas três freguesias, por freguesia e capacidade.
<i>Página 45</i>	<b>Quadro 9</b>	Dados Gerais sobre os Participantes.



## LISTA DE GRÁFICOS

<i>Paginação</i>	<b>Fig. nº</b>	<b>Descrição</b>
<i>Página 46</i>	<b>Gráfico 1</b>	Caracterização das Participantes, por idade.
<i>Página 46</i>	<b>Gráfico 2</b>	Caracterização das Participantes, por nº de filhos.
<i>Página 47</i>	<b>Gráfico 3</b>	Caracterização das Participantes por Anos de Experiência, como Profissional a Idosos.

# Índice

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: A Velhice e os Idosos em Portugal</b>	
1.1 Envelhecimento Demográfico: Algumas considerações	5
1.2 Os Idosos e a Velhice: Breve Definição e Caracterização	10
1.3 A Velhice e as Políticas: Mecanismos de Proteção Social	15
<b>Capítulo 2: O Cuidado Profissional a Idosos em Lar</b>	
2.1 Cuidado a Idosos: Algumas Considerações	23
2.2 Do Cuidado Familiar à Integração em Lar	26
2.3 Sobre o Cuidado Profissional a Idosos em Lar	32
<b>Capítulo 3: Opções Metodológicas</b>	
3.1 Tema, Objetivos e Hipóteses de Trabalho	37
3.2 Metodologia	39
3.3 Instrumentos de Recolha e Análise de Dados	40
3.4 Participantes na Pesquisa	41
3.4.1 Caracterização dos Participantes	45
<b>Capítulo 4: A Visão das Cuidadoras Formais sobre a Velhice em Lar</b>	
4.1 As Cuidadoras Formais em Lar	49
4.1.1 O Cuidado Formal no Percurso Escolar/Profissional	49
4.1.2 Características Pessoais das Cuidadoras Formais	54
4.1.3 A Formação e o Cuidado a Idosos	57
4.2 Viver num Lar de Idosos	61
4.2.1 As Causas da Institucionalização	61
4.2.2 Vantagens e Desvantagens da Vida em Lar	64
4.2.3 As desejadas Visitas	69
4.2.4 A Importância Rotinas	73
4.3 Envelhecer: Como é e Como Quero	76
<b>Conclusão</b>	<b>85</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>88</b>
<b>Apêndices</b>	

## INTRODUÇÃO

*“A velhice é um termo que quase sempre causa calafrios, uma palavra carregada de inquietude, de fraqueza e por vezes de angústia.”*

Minois (1999, p.11)

O envelhecimento das sociedades ocidentais é uma realidade incontornável e os dados demográficos das últimas décadas mostram-nos que existem cada vez mais idosos e que vivem durante cada vez mais anos (A. Silva, 2011). Este fenómeno tem despertado o interesse e investigação de diversas ciências e representa um desafio a nível político, económico e social.

Talvez pelo desafio que o envelhecimento representa contemporaneamente, nos esqueçamos que os problemas relacionados com a velhice não são de agora, mas por força do mediatismo e da conjuntura económica atual, têm merecido maior atenção. Embora a velhice tenha uma história secular, ainda existem reservas quanto à definição exata do que é ser idoso(a), por se tratar de um grupo heterogéneo, construído culturalmente com especificidades históricas. Por isso, os conceitos em torno das pessoas idosas e da velhice são controversos e alvo de preconceitos e estigmas que exercem bastante influência nas perceções e nos comportamentos dos próprios idosos, perpetuando um ciclo vicioso de imagem negativa em torno do envelhecimento (Pimentel, 2001, A. Silva, 2011).

É igualmente um dado incontornável que, com a diminuição da natalidade e consequente diminuição da população jovem, a relação entre o número de jovens e idosos é desproporcional do primeiro para o segundo. Uma panóplia de políticas e medidas de apoio à terceira idade têm sido implementadas e diversas formas institucionais de apoio têm emergido ao longo das últimas décadas, de modo a responder às alterações das relações sociais e familiares que as sociedades ocidentais atravessam. O aumento da presença das mulheres no mercado de trabalho, o crescente êxodo rural, a emigração das camadas mais jovens e a alteração de papéis sociais são apontadas como algumas razões pelas quais os filhos sentem dificuldades em retribuir os cuidados prestados pelos seus pais.

Em Portugal, muitos idosos optam pela institucionalização (temporária ou definitiva) pois não querem ser um fardo para os filhos, que têm as suas vidas demasiado

complicadas ou porque não têm outro tipo de suporte (Carvalho & Dias, 2011). Assiste-se, portanto, a um pacto indireto entre gerações, aceite pelos mais velhos, se bem que em muitos casos com alguma resistência, no qual os filhos apoiam os pais através das instituições como os Centros de Dia (CD), os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD's), os Centros de Convívio (CC) aos Lares para Idosos.

Os lares constituem o modo institucional mais antigo de apoio a idosos e também eles são alvo de depreciações historicamente relacionadas com os asilos. Muitas vezes, a opinião dos idosos institucionalizados neste tipo de resposta social é discrepante. Alguns reforçam que era necessário receberem cuidados que a sua rede de suporte informal já não conseguia assegurar, outros salientam algumas vantagens dos lares contributivas para um envelhecimento bem-sucedido e prazeroso (Pimentel, 2001).

Diversificadas e divergentes são as opiniões e perceções sobre a velhice e sobre o modo de envelhecer nos lares. Vários estudos existem sobre estes temas. Esta investigação pretende realizar uma reflexão sobre o que pensam os profissionais que trabalham em lares sobre a velhice e as vivências em lar. Propõem-se como objetivos: (i) conhecer as motivações e as características dos profissionais do cuidado a idosos em lar; (ii) encontrar as causas/razões que, na sua perspetiva, conduzem à integração de idosos em lar; (iii) conhecer as vantagens e desvantagens de envelhecer num lar e, por fim, (iv) perceber o que pensam os profissionais sobre a sua futura velhice e possível integração em lar.

A escolha do tema da velhice nos lares relaciona-se com motivações pessoais e profissionais e a auscultação dos profissionais tem por base o facto de ser uma população pouco escutada no que respeita ao tema, lacuna tanto mais grave, quanto são eles os principais agentes do cuidado formal a idosos e as suas práticas e representações cruciais para a definição do modelo institucional de apoio. Assim, na busca de respostas, optámos por uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, na qual a entrevista semiestruturada foi o instrumento de recolha de dados privilegiado.

Os principais resultados refletem a existência de opiniões, tendencialmente positivas sobre a velhice e sobre os lares, revelando alguma divergência face à visão negativa hegemónica. Apesar de a maioria possuir visões positivas sobre a velhice e apontarem vantagens de envelhecer em lar, nota-se, no entanto, a existência de divergências entre os participantes de acordo com o nível de formação e, conseqüentemente o quadro de pessoal a que pertencem (auxiliares *vs* técnicos).

O texto da presente dissertação reflete este percurso, sendo constituído, para além desta introdução e da conclusão, por quatro capítulos: os dois primeiros centram-se na construção da abordagem teórica e os dois restantes na análise empírica. Sendo o envelhecimento e a velhice temas analisados de diversas perspetivas (biológicas, sociais, psicológicas, culturais, económicas) (Siqueira, Botelho, & Coelho, 2002), o quadro teórico desta dissertação propõe uma revisão do estado da arte, necessariamente circunscrita a aspetos mais diretamente relacionados com os objetivos propostos, que enquadram os dados de observação e permitem avançar com algumas conclusões e pistas para a intervenção neste domínio. É necessário repensar os modos de funcionamento dos lares uma vez que as atuais práticas, principalmente nas IPSS, perpetuam uma imagem depreciativa da velhice e do envelhecimento institucionalizado e, também por isso, as pessoas continuam a preferir envelhecer em casa. Já Mauritti (2004) enaltece a importância de políticas inclusivas da velhice que desassociem da velhice um conjunto de perdas e desvantagens e enalteçam a dignidade do ser humano e promovam o respeito pela liberdade e privacidade do idoso.

---

# Capítulo 1

---

## A Velhice e os Idosos em Portugal

---

### **1.1 Envelhecimento Demográfico: Algumas Considerações**

Enquanto conceito, o envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total e, em especial, pela relação com a população jovem, em Portugal, corresponde a um rácio de 133,5. Por cada 100 jovens (dos 0 aos 14 anos) existem cerca de 134 idosos, tornando Portugal o quarto país da Europa, com maior índice de envelhecimento, superado pela Alemanha (158,5), Itália (152,7) e Bulgária (141,6) (PORDATA, 2014). Este cenário piora quando olhamos para o índice de fecundidade, ou seja, para o número de crianças vivas nascidas por mulher (dos 15 aos 49 anos), que contrapondo ao índice de envelhecimento tem vindo a diminuir, tendo em média, cada mulher portuguesa, apenas um filho (1,21) (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2014).

Com estas tendências de crescimento da população idosa e diminuição da população jovem caminhamos para um crescimento populacional de quase zero, no qual os níveis de natalidade e mortalidade são muito reduzidos, contribuindo assim para uma sociedade cada vez mais envelhecida reforçando o topo da pirâmide etária por oposição ao decréscimo da sua base. De acordo com o demógrafo Nazareth (2004) estas dinâmicas de envelhecimento têm influência nas transformações sociais que ocorrem nas sociedades e são compreendidas através do modelo de transição demográfica, composto por três fases. Em Portugal, a primeira fase ocorreu até ao século XVIII, nesta a mortalidade e fecundidade são elevadas com um crescimento natural da população muito reduzido. A segunda fase, com o mesmo nível de fecundidade, mas com melhoria das condições de higiene e saúde e, conseqüente decréscimo da mortalidade, é característica do século XIX em Portugal. A terceira fase, caracteriza-se pela diminuição da fecundidade e um contínuo decréscimo da mortalidade, provocando o abrandamento do crescimento natural da população, que se começa a sentir no século XX. Por fim, a quarta fase caracteriza-se por baixos níveis de mortalidade e fecundidade, sendo que o crescimento natural da população é quase nulo, tal como acontece atualmente, século XXI. Esta última fase é uma realidade caracterizadora das sociedades contemporâneas dos países mais desenvolvidos e as explicações mais plausíveis deste fenómeno encontram-se no domínio da saúde (primária e pública) com os avanços científico-tecnológicos da medicina, que permitem a prevenção e a cura de diversas doenças, diminuindo a taxa de mortalidade e, no domínio psicossocial, onde existe uma maior preocupação com os impactes das mudanças biológicas, psicológicas e sociais nos



idosos e procura-se promover o máximo de qualidade de vida dos mesmos, criando condições para um envelhecimento ativo e saudável (Fangueiro, 2008). A par disto, as mulheres têm tido menos filhos por diversas razões (pessoais, laborais, económicas) o que explica, em parte, a desaceleração do crescimento da população (INE, 2014).

Assistimos, deste modo, ao duplo envelhecimento populacional, com taxas de fecundidade e natalidade baixas e com o incremento do número de pessoas idosas cuja esperança média de vida (EMV) continuará a aumentar nas próximas décadas. De acordo com as projeções demográficas da população portuguesa, elaboradas pelo INE (2014), em 2060 a EMV à nascença, corresponde a um incremento de mais seis anos para os homens e mais quatro anos para as mulheres, comparando com a EMV em 2011, como podemos verificar no quadro seguinte.

**Quadro 1:** Aumento histórico da EMV à nascença, em Portugal.

EMV à nascença	Homens	Mulheres
EMV entre 2011 e 2013	77 anos	83 anos
Projeção EMV em 2060	85 anos	89 anos

Fonte: INE, 2014.

Embora o aumento da EMV seja mais significativo para os homens, o envelhecimento da população continua a caracterizar-se pelo género feminino que tem beneficiado dos ganhos sobre a mortalidade em idades cada vez mais avançadas (idem). De facto, os dados do quadro 2 revelam que as mulheres vivem mais anos que os homens, mas de um modo geral, verifica-se que os idosos estão cada vez mais idosos, atingindo idades nunca antes alcançadas.

**Quadro 2:** EMV à idade atual, em Portugal.

EMV à idade	2011-2013		2001-2003	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Aos 65 anos	17,07	20,40	15,35	18,69
Aos 75 anos	9,93	12,02	8,76	10,75
Aos 85 anos	4,2	5,21	3,86	4,74
Aos 95 anos	1,63	1,91	1,54	1,79

Fonte: Censos 2011, www.ine.pt.

A par do incremento da EMV nos idosos assistimos a uma explosão das pessoas septuagenárias e octogenárias, sendo 83,7% da mortalidade em Portugal em 2013 constituída por pessoas com 65 ou mais anos e, dentro deste grupo etário, mais de metade (66,1%) tendo pelo menos 80 anos (INE, 2014). Mas o *boom* dos idosos também sobressai quando falamos de centenários portugueses. Em Portugal, existem cerca de 300 idosos com mais de 100 anos e estima-se que em 2025 aumentem para 1800 idosos e, em 2050 para 6400 (Governo de Portugal, 2012).

O fenómeno de envelhecimento do grupo etário dos idosos, sendo o envelhecimento um processo de degeneração do corpo com o avanço da idade, traduz um conjunto de complicações clínicas e situações de dependência ditas normais nesta fase da vida do ser humano. Esta preocupação tem conduzido a inúmeras investigações no que respeita à qualidade de vida deste grupo, cada vez mais envelhecido e cuja autonomia física e intelectual poderão estar diminuídas ou comprometidas. Putnam & Stark (2006) defendem que, com aumento do número de idosos com idades cada vez mais avançadas, aumenta a prevalência de doenças crónicas neste grupo e, que apesar de representarem algumas limitações funcionais não agravam diretamente o número de casos com morbilidade. Ainda assim, é importante olhar para as principais limitações que os idosos portugueses sentem de acordo com os censos 2011, como demonstra o quadro 3, tendo em consideração que a população total portuguesa em 2011 era 10 562 178 de pessoas e que cerca de 2 milhões eram pessoas com 65 ou mais anos.

**Quadro 3:** Dificuldades motoras e cognitivas que a população idosa sente.

<b>Idade/Dificuldade</b>	<b>Tomar banho ou vestir-se sozinho</b>	<b>Andar ou subir degraus</b>	<b>Memória ou concentração</b>
<b>65 aos 69 anos</b>	6 869	5 300	5 320
<b>70 aos 79 anos</b>	32 316	23 255	18 587
<b>80 aos 89 anos</b>	56 118	38 499	26 366
<b>90 ou mais anos</b>	19 739	14 608	8 651
<b>Total</b>	<b>115 042</b>	<b>81 662</b>	<b>58 924</b>

**Fonte:** INE: [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

Sendo a população portuguesa cada vez mais envelhecida e apresentando limitações funcionais, imperam os desafios a diferentes níveis, por forma a responder às necessidades deste grupo etário. Em Portugal são várias as preocupações com este

grupo: políticas, sociais, económicas, institucionais, familiares e individuais. Estas resultam num conjunto nem sempre suficiente e eficaz de respostas e cuidados formais e/ou informais dirigidos à pessoa idosa. Sobre o tema dos cuidados iremos mais à frente debruçarmo-nos com maior detalhe, ficando agora uma visão geral da quantidade e capacidade das respostas sociais para idosos mais conhecidas e solicitadas em Portugal por distritos.

**Quadro 4:**Quantidade e Capacidade das respostas sociais em Portugal Continental.

Resposta Social Distritos	Centro de Dia		Lar de Idosos		Serviço de Apoio Domiciliário	
	Quant.	Capacidade	Quant.	Capacidade	Quant.	Capacidade
<b>Aveiro</b>	144	4 338	124	4 747	168	5 897
<b>Beja</b>	51	1 765	60	3 190	60	3 408
<b>Braga</b>	118	2 676	151	5 344	202	6 390
<b>Bragança</b>	80	1 842	91	2 998	91	3 210
<b>Castelo Branco</b>	125	3 365	86	3 871	145	4 081
<b>Coimbra</b>	164	5 003	125	5 043	186	6 022
<b>Évora</b>	83	2 014	90	2 995	75	2 716
<b>Faro</b>	57	2 258	71	3 437	70	2 716
<b>Guarda</b>	183	3 682	130	4 920	205	5 620
<b>Leiria</b>	110	2 846	146	4 906	130	6 030
<b>Lisboa</b>	236	11 466	387	13 966	325	17 100
<b>Portalegre</b>	71	1 762	78	3 308	70	2 523
<b>Porto</b>	192	7 084	211	7 729	282	11 387
<b>Santarém</b>	128	4 300	143	5 450	148	5 529
<b>Setúbal</b>	106	5 099	129	5 119	110	5 104
<b>Viana do Castelo</b>	46	1 321	52	2 148	77	2 978
<b>Vila Real</b>	52	1 249	66	2 293	105	4 188
<b>Viseu</b>	96	2 184	121	5 068	175	6 549
<b>Total</b>	<b>2 042</b>	<b>64 254</b>	<b>2 261</b>	<b>86 532</b>	<b>2 624</b>	<b>101 448</b>

**Fonte:** GEP, Carta Social.

Os distritos de Viana do Castelo, Faro, Beja e Vila Real são os que apresentam menor número nas três respostas sociais de apoio a idosos, contrapondo com os distritos de Aveiro, Coimbra, Guarda, Lisboa e Porto que são os que apresentam maior número

nas valências supracitadas e, conseqüentemente mais vagas/capacidade. Como seria de esperar, Lisboa é o distrito com maior quantidade de valências e maior capacidade em número nas três valências em análise, correspondendo igualmente ao distrito com maior número de pessoas residentes com mais de 65 anos de idade (567.546), seguido do Porto (309.388), Coimbra (105.531), Aveiro (71.305) e Algarve (90.421) (PORDATA, 2014).

No que respeita às respostas sociais mais solicitadas para apoio a idosos, podemos observar que em todos os distritos de Portugal Continental, a valência de SAD é a que existe em maior quantidade, excetuando-se nos distritos de Lisboa, Leiria, Évora, Portalegre e Faro, onde a quantidade de valências de Lar é superior à quantidade de SAD. Relacionando estes dados com os do quadro 3, que mostram que existem muitas pessoas com mais de 65 anos que sentem dificuldades mnemónicas e na realização de algumas das suas Atividades de Vida Diária (AVD's), depreende-se a razão da existência de mais SAD e Lares de Idosos como respostas sociais de apoio a idosos. De facto, por definição<sup>2</sup>, estas valências são respostas sociais dirigidas a pessoas que apresentem, temporária ou permanentemente, perda de autonomia e dificuldades na satisfação das suas necessidades básicas e na realização das AVD's e, talvez por isso, faça sentido existir maior quantidade deste tipo de respostas para apoiar as pessoas que se encontram nesta situação.

Em termos totais, existem cerca de 2 624 de SAD que corresponde a 101 448 vagas e é esta a valência mais representativa em Portugal Continental. Apesar da valência de Lar e CD serem bastante procuradas, o apoio no domicílio parece ser privilegiado pelas pessoas idosas em situações de menor autonomia. Importa referir que estes números correspondem apenas aos equipamentos das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e de empresas privadas, credenciados pelo Instituto da Segurança Social.

---

<sup>2</sup> Por definição, Serviço de Apoio Domiciliário refere-se a uma resposta social que é desenvolvida a partir de um equipamento, e consiste na prestação de cuidados personalizados e individualizados no domicílio de pessoas que, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as AVD's. Quanto à resposta social de Lar de Idosos, esta desenvolve-se em equipamento e destina-se ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia (Carta Social, 2006).

## **1.2 Os Idosos e a Velhice: Breve Definição e Caracterização**

Falar sobre o que é ser idoso(a) e o que é a velhice é cada vez mais frequente pelas razões óbvias do crescente envelhecimento das populações principalmente nos países mais desenvolvidos, como salientamos no ponto anterior e, pelos seus impactos em termos sociais e económicos (Fangueiro, 2008; Maia, 1984; Montanari, 2011). Nas últimas décadas um pouco por todo o mundo, mas especialmente nas sociedades ocidentais, assiste-se a uma reflexão em torno destes dois conceitos e sobre o envelhecimento populacional (Governo de Portugal, 2012), emergindo uma panóplia de investigações realizadas pelas diversas ciências, como por exemplo a geriatria, a estatística, a antropologia, a sociologia, a psicologia, a medicina, a educação física e a nutrição. Embora a literatura e investigação sobre os idosos e a velhice seja cada vez maior e mais diversificada, existem ainda muitos mitos, preconceitos e estereótipos em torno destes termos que têm origem nos modos como a velhice e o idoso foram percecionados ao longo da história (Montanari, 2011). De facto, para concetualizarmos estes dois conceitos temos de atender a um conjunto de critérios associados a diferentes perspetivas de olhar a velhice, que emergiram em diferentes momentos históricos.

Em Portugal, até ao início do século XIX, a velhice não constituía um fenómeno social com a dimensão de agora, já que eram poucas as pessoas que atingiam uma idade avançada (EMV situava-se nos 40 anos). Pouco se refletia sobre a velhice e sobre o que era ser idoso, pois os níveis de mortalidade eram elevados. As pessoas mais velhas eram muitas vezes confundidas com indigentes pois encontravam-se doentes e perto da morte. Imperava uma perspetiva biológica da velhice na qual a doença, mais especificamente as pestes e epidemias atacavam os mais frágeis e pobres, que sem cuidados médicos acabavam por morrer. Durante o século XIX a medicina gradualmente foi dizimando algumas doenças contagiosas e mortais e, por isso as pessoas começaram a viver mais anos e a transmitir conhecimentos aos mais jovens, principalmente no domínio da agricultura, pecuária e outras tarefas manuais, como carpintaria, construção, etc., experienciando algum reconhecimento e mérito pelos anos que viveram. Assim, numa perspetiva socioculturalista, a velhice passa a ser valorizada numa diferenciação de papéis na qual os mais velhos ocupavam socialmente uma posição privilegiada. Mas esta visão não durou muito tempo. A partir do final século XIX, aquando do auge da industrialização e da produtividade, surge uma nova e negativa visão sobre a velhice que considera os mais velhos inaptos para o trabalho por

comparação com as pessoas mais jovens, uma vez que se passa a privilegiar a força de trabalho, a produtividade, a eficácia e a eficiência. Desta forma, com o gradual apogeu da industrialização no início do século XX assiste-se a um processo de diferenciação de categorias etárias<sup>3</sup> e de estratificação social por idades, no qual os mais velhos passam de uma imagem de valorização para outra pejorativa e, conseqüentemente, passam a assumir a base da pirâmide no que respeita às posições de poder e reconhecimento social. As especificidades da revolução industrial transformaram as sociedades e o modo de perceber e conceitualizar a velhice e, os crescentes estereótipos sobre a velhice são grande consequência disso (Martins, 2013; Viegas & Gomes, 2007). Num contexto de estratificação social por idades, os idosos são aqueles que atingem uma certa idade definida de acordo com preceitos de inadaptação para o trabalho e, conseqüentemente entram na reforma. Os idosos passam a ser vistos segundo uma perspectiva economicista que valoriza a produtividade para o mercado de trabalho sem olhar para as aptidões não físicas dos que simplesmente atingem uma certa idade.

Atualmente, a visão sobre os idosos e a velhice pouco difere desta. Apesar de vivermos em sociedades cada vez mais envelhecidas continuamos a desvalorizar as pessoas mais velhas, atendendo aos seguintes critérios: o critério da idade que, como supracitado, surge com o aumento da EMV e posterior diferenciação de categorias etárias com a revolução industrial, o critério social e o biológico. Minois (1999) salienta que associar à velhice a idade de passagem à reforma consiste num “ritual contemporâneo e artificial” pois não é a idade real que determina um estado de velhice, antes um conjunto de “constrangimentos socioeconómicos” (p.11). De facto, o critério idade apenas determina que alguém é idoso porque o associa a uma categoria etária que, na sua maioria deixa de trabalhar e entra na reforma. A alteração do estatuto e dos papéis socialmente desempenhados constituem o critério social, frequentemente utilizado para determinar que alguém passa a ser idoso (D. Pinto, 2013; Rodrigues, 2008). Neste critério o mercado de trabalho e o conjunto de significados que o mesmo atribui socialmente são o elemento basilar para definir quando uma pessoa passa a fazer

---

<sup>3</sup> Ao longo da história a distinção das faixas etárias nem sempre esteve bem delimitada, de modo que, no século XX, assiste-se a uma uniformidade no interior dos grupos etários e a uma delimitação de fases de transição entre diferentes idades com rituais de passagem, como a entrada na escola e na universidade, entrada no mercado de trabalho, idade para casar e a entrada na reforma (L. Silva, 2008). De acordo com Neri (2007), a diferenciação de categorias etárias serve de guia e de ponto de referência para organizar as sociedades, estando bem delimitadas em termos de idade, as fronteiras entre cada categoria (crianças, jovens, adultos e idosos).

parte do grupo dos idosos. Ao afastarem-se do mercado de trabalho por reforma, ficam progressivamente afastadas de elementos de inserção, reconhecimento, valorização e significação social. A rede de contactos e de suporte diminui com o passar dos anos e, em muitos casos limita-se aos familiares, quando existem e/ou residem perto (Martins, 2013). O *status* social reconhecido pela posição que ocupavam vai desvanecendo com o tempo, passando a ser apenas mais um reformado. As mentalidades e as tecnologias avançam à velocidade da luz e nem sempre existe a motivação e a capacidade para as acompanhar, reforçando o sentimento que começam a ficar “velhos” pois não compreendem/adaptam-se aos novos modos de pensar, ser e fazer (Pimentel 2001).

Para piorar este cenário, com o passar dos anos surgem os problemas clínicos que resultam em frequentes idas aos médicos e, em alguns casos, as doenças crónicas e incapacitantes que exigem o cuidado de terceiros, o que obviamente tem impacto no prestígio do idoso na sociedade e no seio familiar. Passa-se de uma posição de valor que ajudava os descendentes nos afazeres de suas vidas para uma posição de necessidade que requer tempo, atenção e cuidado.

Cuidar de um idoso é uma tarefa cada vez mais prolongada no tempo, desgastante física e mentalmente, com consequências e impactos a diversos níveis da vida pessoal, familiar, social e política (micro, meso e macro), não esquecendo que é emocionalmente conflituoso para o próprio, que se vê dependente de terceiros. A perda de autonomia e as situações de dependência e doença, vividas por muitos idosos constituem a imagem que a sociedade tem da velhice, principalmente na chamada 4ª idade, onde se verifica o limite das capacidades do corpo, perdas ao nível da aprendizagem e cognitivas e a prevalência de demências e morbilidade (Baltes & Smith, 2003). Associar a velhice a esta fase da vida é apelar ao critério biológico para se definir o que é ser idoso e, consequentemente concordar com a perspectiva biológica que associa a velhice a um processo de degeneração do corpo e à prevalência de doenças crónicas e demenciais, (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002) demonstrando alteração nas capacidades funcionais, como acontece nos casos de dependência, nos quais a autonomia nas AVD's está comprometida de forma gradual ou definitiva. As características físicas e o grau de incapacidade física ou a senilidade que uma pessoa apresenta, como ponto de referência para determinar que alguém é ou não idoso, está intimamente ligado ao processo de



envelhecimento<sup>4</sup> biológico, no qual as doenças crónicas tornam-se uma realidade e a deterioração física e cognitiva comprometem o decurso da vida, como por exemplo mobilidade reduzida, perda de autonomia nas AVD's; alterações na capacidade de decisão, dificuldades na gestão financeira e autonegligência nos cuidados de higiene e saúde.

O quadro que se segue figura um resumo das perspetivas e critérios até aqui descritos, utilizados ao longo dos tempos para definir e analisar a velhice em Portugal.

**Quadro 5:** Critérios de definição de idoso e velhice historicamente contextualizados.

<b>Contexto Temporal</b>	<b>Perspetiva analítica da Velhice</b>	<b>Critério Orientador da Velhice</b>	<b>Perceção da velhice</b>
<b>Até ao Início do Século XVIII</b>	Perspetiva Biológica	Critério Biológico	Idosos eram as pessoas mais velhas que morriam com doenças por fragilidade do corpo e eram confundidas e tratadas como doentes e indigentes.
<b>Final do Século XVIII e Início do Século XIX</b>	Perspetiva Sociocultural	Critério Social	Idosos ocupavam lugares de reconhecimento na sociedade pela sua sabedoria e experiência principalmente no sector agricultura.
<b>Final do Século XIX e Início do Século XX</b>	Perspetiva Económica	Critério Idade	Com a Revolução Industrial decorrente no século XIX, o idoso passou aquele que atingia certa idade considerada comprometedora das capacidades físicas para o trabalho em fábricas.
<b>Século XXI</b>	Perspetiva Transdisciplinar	Critério biológico, social e idade	A idade da pessoa é associada a estatutos sociais diferentes e a processos de maturação/envelhecimento. Idoso como um ser digno de satisfação de todas as necessidades humanas (primárias e secundárias) (Teoria de Maslow).

**Fontes:** L. Silva, 2008; A. Silva, 2011; Silva & Falcão, 2014; Siqueira *et al.*, 2002.

Qualquer das perspetivas ou critérios que se invoque para pensar na velhice são insuficientes quando defendidos isoladamente. Nas palavras de Maia (1984) a velhice é

<sup>4</sup> De salientar que envelhecimento e velhice não são a mesma coisa. O envelhecimento diz respeito a um processo de maturação e degeneração de todas as células do corpo do indivíduo, e ocorre desde que o feto se forma (ver Maia, 1984; Montanari, 2011; Neves, 2012).

um “fenómeno de expressão mundial por excelência”, que além de inevitável comporta todas as dimensões da vida humana (p.64). Cada vez mais se apela a uma perspectiva transdisciplinar, na qual envelhecer é um fenómeno natural, intimamente ligado a aspetos biológicos, económicos, sociais e políticos (Siqueira *et al.*, 2002).

Mesmo atendendo a uma perspectiva transdisciplinar para falar de velhice, persiste uma opinião depreciativa sobre os idosos (Rodrigues, 2008). Tanto a doença como a reforma/ócio reforçam a imagem de que o idoso é um fardo para os familiares e é frequentemente auxiliado pelo Estado de forma direta com investimentos na saúde e mecanismos de previdência e, de forma indireta através das IPSS (*idem*).

Dada a instabilidade económica que vivemos, a população jovem ativa olha para o crescimento do topo da pirâmide etária e considera que os seus descontos, não lhes servirão de muito num futuro não muito longe, incitando sentimentos menos bons em torno da velhice, que fomentam o conflito de intergeracional (Pimentel, 2001).

Várias estratégias (pelo menos conceptuais) foram implementadas com o fito de minorar o impacto negativo do processo de envelhecimento para o próprio idoso mas também para a sociedade, numa tentativa de retardar as doenças crónicas, melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e semear uma nova visão da velhice. A proliferação da noção de Envelhecimento Ativo, enquanto conceito e, a promoção do mesmo enquanto modo de envelhecer com melhor qualidade, são exemplo dessas estratégias, bem como o repertório de novos conceitos como “terceira idade” e a própria palavra “idoso” para substituir o conceito depreciativo de “velho” (Siqueira *et al.*, 2002; Marques, 2009). Existem igualmente, tentativas de associar a velhice a um seguimento de consumo em expansão, promovendo férias organizadas e outros momentos de lazer e convívio como forma de inclusão da velhice (Mauritti, 2004). Mas, estes esforços têm surtido poucos frutos uma vez que, pelo menos na sociedade portuguesa, persiste uma generalizada visão negativa da pessoa idosa e da velhice<sup>5</sup> (Carvalho & Dias, 2011; Pimentel, 2001; Rodrigues, 2008).

---

<sup>5</sup> O próprio Dicionário da Porto Editora (online), descreve a velhice recorrendo a sinónimos com uma conotação depreciativa, afirmando que a velhice diz respeito a um estado que é velho; antiguidade; vetustez e relaciona-se com uma idade avançada e uma certa decrepitude e rabugice.

### **1.3 A Velhice e as Políticas: Mecanismos de Proteção Social**

Pensar em mecanismos de proteção social na velhice representa, hoje em dia um desafio aos governos e às sociedades ocidentais, no qual a expressividade dos números de envelhecimento é mais notória (Governo de Portugal, 2012). As questões relacionadas com a sustentabilidade dos sistemas de proteção social são levantadas diariamente pelos governos, pelos cidadãos e atizadas pelo mediatismo (Reis & Ceolim, 2007). De facto, as despesas com a proteção social na velhice representam uma grande fatia do montante destinado à rubrica de ação social (Martin & Lopes, 2008). Esta situação de insustentabilidade financeira conduz, entre outros problemas, a um de natureza discriminatória por parte dos mais jovens para com os mais velhos, reforçando a visão negativa da velhice como fardo e acentuando o conflito geracional nas sociedades mais envelhecidas (Pimentel, 2001; Rodrigues, 2008). Como vimos a velhice esteve quase sempre associada a visões negativas, exceto em alguns contextos rurais, onde as solidariedades estavam mais presentes.

Historicamente, em Portugal, o apoio dirigido à velhice recaía na família e nas instituições religiosas que geriam os asilos, os albergues e os hospícios (L. Silva, 2008). Com a Revolução Industrial, a segregação da velhice passa a representar um problema social grave, despoletando gradualmente a atenção do Estado, o qual, ainda que de um modo bastante assistencialista, assume um papel principal na criação de mecanismos, instituições e serviços que proporcionam a subsistência e os cuidados de saúde aos mais idosos, evitando situações de pobreza e exclusão social (Albino-Borba, & Mata-Lima, 2011; Martin & Lopes, 2008). Com a atenção voltada para a velhice começa a materializar-se o acesso ao sistema de saúde; os seguros sociais obrigatórios como mecanismos de previdência, as mutualidades, as casas do povo, a assistência social e o aparecimento de políticas sociais que conferiam direitos e deveres aos mais velhos, culminando na universalização do direito à reforma, assumindo-se o critério idade para distinguir os idosos das restantes categorias sociais (L. Silva, 2008; Marques, 2009).

A nível internacional, as organizações mundiais começaram a focar a sua atenção no crescente envelhecimento e, a partir da década de 70/80 do século passado surgem as primeiras conferências, seminários, declarações e planos de ação sobre este fenómeno. A nível europeu começam também a ser definidas políticas sociais com vista à promoção de saúde e bem-estar dos mais velhos (Silva & Falcão, 2014). Mas, o fenómeno da velhice implica outras dimensões da vida para além da saúde e da

subsistência. A inserção e satisfação social, o sentimento de utilidade e valorização obtidos de forma *sui generis* por cada indivíduo ganharam relevância nos finais dos anos 90, aquando do surgimento do paradigma do Envelhecimento Ativo, promovido pela ONU e também pela OMS (H. Pinto, 2009). Políticas e medidas de luta contra a exclusão e discriminação promovidas pela União Europeia<sup>6</sup> são exemplo da crescente preocupação dos governos em garantir igualdade e inclusão social da velhice (Fangueiro, 2008).

Em Portugal, uma política de terceira idade assente numa abordagem multidimensional da velhice, emerge pouco a pouco após o 25 de Abril com consagração constitucional (artigo 72.º da Constituição Portuguesa) (A. Silva, 2011). Consequentemente, surgem os primeiros CD com o objetivo de retardar o internamento e assegurar apoio aos idosos e famílias, mantendo os mesmos no seu ambiente familiar. Começam a aparecer as primeiras Universidades de Terceira Idade (uma no Porto e outra em Lisboa), atualmente Universidades Seniores, com explosão no final dos anos 90, para os idosos ainda ativos física e cognitivamente. Para os mais dependentes fisicamente, surge nos anos 80, o SAD que assegura um conjunto de serviços no domicílio, retardando o internamento em lares de idosos, anteriores asilos. Atualmente, de grosso modo, os mecanismos de proteção e apoio social a idosos estão relacionados com benefícios monetários conferidos pela segurança social; com o alargamento de respostas sociais em equipamentos com ou sem fins lucrativos (IPSS) e com programas integrados definidos estrategicamente a nível nacional (Fangueiro, 2008; Martin & Lopes, 2008), como sintetiza a figura seguinte.

**Fig. 1:** Mecanismos de Proteção Social a Idosos, em Portugal.



**Fonte:** Fangueiro, 2008; Martin & Lopes, 2008.

---

<sup>6</sup> Como por exemplo, Programa de Ação Social 1998-2000; Projeto Conjunto de 27 de Janeiro de 2005 da Comissão Europeia; Planos Nacionais de Apoio à Inclusão promovidos pela União Europeia e afirmação do ano 2012 como Ano Europeu do Envelhecimento, com um conjunto de apelos a este fenómeno (H. Pinto, 2009).

De um modo geral, em Portugal os sistemas de segurança social respeitam, por um lado, uma lógica contributiva que garante o retorno do esforço e contributo prestado ao longo da vida e confere direitos de acordo com o estatuto e carreira profissional do idoso, sendo por isso discriminatória e geradora de desigualdades, perpetuando o fosso existente entre classes. Por outro lado, existem mecanismos de proteção social que visam compensar situações de vulnerabilidade e garantir condições mínimas de vida aos idosos, assumindo, portanto, um carácter assistencialista. As várias pensões de ambas as lógicas (Pensão de Velhice, Pensão Social de Velhice, Pensão de Sobrevivência, Pensão de Viuvez) e os diferentes complementos para idosos (Complemento por Dependência, Complemento Extraordinário de Solidariedade e o Completo Solidário para Idosos) compõem os benefícios de carácter monetário conferidos pela segurança social.

Os benefícios monetários, nomeadamente os complementos atribuídos pelos sistemas de segurança social, exigem avaliação da situação económica do idoso e do grau de incapacidade no caso do Complemento por Dependência. Embora estes benefícios sejam disseminados especialmente pelos centros de saúde, ainda existe uma boa parte da população que os desconhece enquanto direitos sociais. Outros cidadãos até podem conhecer mas só pela burocracia e o tempo que demora até à atribuição do benefício desistem logo à partida, principalmente os que se encontram em situação de dependência e/ou estão socialmente mais isolados e não possuem uma rede informal de suporte que esteja disposta a colaborar neste processo.

No que respeita aos apoios consagrados em programas integrados é de salientar que em julho 1994 surge o primeiro Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), regulamentado em 1997 por Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social com o objetivo de criar e desenvolver a nível local um conjunto de medidas inovadoras que primazia a garantia de qualidade de vida das pessoas idosas nos seus domicílio. Embora estejam suspensas, desde Agosto de 2006, as candidaturas a este programa, vários projetos surtiram frutos com relevância para a população idosa atual. Os SAD puderam expandir-se; surgiram os Passes para a Terceira Idade em Lisboa e no Porto e o projeto “Saúde e Termalismo” gerido atualmente pela Inatel.

Em 2006 surge o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), criado por Portaria 426/2006 que financiava a aquisição ou a realização de obras que pretendiam aumentar o número de vagas em respostas sociais, incluindo as de apoio à velhice. Atualmente também se encontram suspensas as candidaturas e este

programa, mas muitas organizações conseguiram alargar os seus espaços de prestação de cuidado a idosos.

No domínio da segurança da pessoa idosa surge também em 2006, o Programa Integrado de Policiamento de Proximidade (PIPP) criado pela Diretiva Estratégica n.º 10/2006 de 15 de Maio, que atualmente é designado por Modelo Integrado de Policiamento de Proximidade (MIPP), concretizado pela Guarda Nacional Republicana (GNR) e por Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima (EPAV) da Polícia de Segurança Pública (PSP), as quais são responsáveis pela segurança, prevenção e vigilância em áreas residenciais maioritariamente habitadas por cidadãos idosos, apoio às vítimas de crime e acompanhamento pós-vitimação e identificação de problemas que possam interferir na situação de segurança dos cidadãos. Estas equipas integram as Comissões Sociais de Freguesia e as Comissões Locais de Ação Social de cada município, nas quais trabalham muitas vezes em parceria com as instituições de apoio social a idosos desse território.

Ainda no mesmo ano, no domínio da saúde, surge também um programa que visa a prestação de cuidados continuados de saúde a pessoas em situação de dependência, garantidos por um conjunto de instituições públicas ou privadas. Criada em 2006 por Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) dispõe de quatro tipologias de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos<sup>7</sup>) e de duas tipologias em regime ambulatorio. As quatro tipologias de internamento e apenas a Unidade dos Cuidados Continuados Integrados Domiciliários do regime ambulatorio, estão funcionamento. O acesso às mesmas depende da avaliação clínica do médico de família ou da equipa responsável nos casos em que o idoso está internado num hospital do Sistema Nacional

---

<sup>7</sup> De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, as quatro tipologias acolhem pessoas que exigem diferentes cuidados clínicos e sociais. As Unidades de Convalescença destinam-se a doentes em situação de convalescença sendo o internamento por um período máximo de 30 dias consecutivos. As Unidades de média duração e reabilitação visam recuperar a autonomia do doente e prevê um internamento entre os 30 e os 90 dias consecutivos. As Unidades de longa duração e manutenção destinam-se a assegurar cuidados de manutenção em situações doença crónica e dependência, em situações que isso não é possível no domicílio do doente. Nestas unidades o internamento é superior a 90 dias e, nos casos em que existe um principal cuidador a RNCCI prevê três internamentos de 30 dias consecutivos cada, para descanso do cuidador, por ano. Por fim, as Unidades de cuidados paliativos destinam-se ao acolhimento de doentes em fase terminal, onde permanecem até falecer se assim for o desejo do mesmo e da família.

de Saúde, ao qual compete a referenciação dos doentes em plataforma específica para o efeito. Cada tipologia de internamento garante um conjunto de cuidados contratualizados e cofinanciados entre a segurança social e o idoso/família. Quando o número de casos referenciados para a RNCCI é elevado e, nem sempre é imediato o internamento ou o apoio existe, portanto, uma ordem de referenciação e critérios a serem respeitados, de acordo com o número de vagas existentes em cada clínica que compõe a rede. Importante salientar que são os idosos/familiares que selecionam a clínica que prestará os cuidados durante o internamento.

Complementando as questões de saúde dos idosos, no ano seguinte surge um programa pensando nas necessidades habitacionais dos mais velhos. O Programa de Conforto Habitacional para Idosos (PCHI) criado por Despacho nº 6716-A/2007 visa a melhoria das condições de habitabilidade (tanto do imóvel como dos equipamentos eletrónicos), acesso e mobilidade dos idosos, principalmente dos que beneficiam de SAD ou CD, cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional, prevenindo deste modo a institucionalização. Este programa esteve em vigor até 2013, data em que terminou o último protocolo de colaboração e, de acordo com a lista de resultados publicado no *site* da Segurança Social, em 13 dos 18 distritos foram efetuadas melhorias totalizando 3166 de idosos que beneficiaram do PCHI.

Todos os programas supracitados representam um esforço e preocupação dos governos com os problemas do envelhecimento e embora tenham sido desenhado estrategicamente com objetivos exequíveis e dignificantes da pessoa idosa, o facto de dependerem exclusivamente de dinheiros públicos faz com que os mesmos tenham que ser suspensos em momentos de crise económica. Os que ainda estão em funcionamento desempenham um papel importante na proteção social dos idosos, mas são incapazes de chegar a todos que deles necessitam, quer por falta de conhecimento da sociedade ou por falta de capacidade dos próprios programas.

Passando para a terceira vertente dos mecanismos de proteção social a idosos, as respostas sociais dirigidas à população mais velha têm vindo a aumentar em termos quantitativos mas, mesmo assim, em alguns distritos não chegam para todas as solicitações. De acordo com a Carta Social (sd) as respostas sociais mais requisitadas são o SAD (para os idosos mais dependentes e com dificuldades em concretizar autonomamente as suas AVD's), os CD que garantem a prestação de um conjunto de serviços em equipamento e contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu



meio sociofamiliar e os lares, destinados ao acolhimento residencial e prestações dos mais diversos serviços durante todo o tempo de institucionalização (temporária ou definitiva) da pessoa idosa. Menos conhecidos mas, não menos importantes, existem as Residências para Idosos; os CC que prestam uma resposta desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades socio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade; os Centros de Noite que visam o acolhimento noturno, preferencialmente para pessoas idosas com autonomia que, se sentem sozinhas e inseguras durante a noite e, por fim o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas. Esta resposta pressupõe uma integração de idosos, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas que por ausência ou falta de condições familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.

No âmbito das respostas sociais para idosos existe atualmente uma maior preocupação com a garantia da qualidade de vida das pessoas idosas primeiramente nos seus domicílios e equaciona-se a opção de internamento quando a rede de suporte é deficitária ou insuficiente e/ou a autonomia do idoso está comprometida. As Residências para Idosos representam uma alternativa à visão existente sobre os lares, como um local de acolhimento de idosos completamente dependentes e comprometidos cognitivamente. Ao contrário dos lares, destinados ao alojamento coletivo, de idosos ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia, as Residências para Idosos são constituídas por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial (Carta Social, 2006). Todas estas respostas sociais combinam esforços de entidades privadas ou sem fins lucrativos, como é o caso das IPSS e da Santa Casa da Misericórdia (Governo de Portugal, 2012). No caso das IPSS, a Segurança Social, IP financia mensalmente um montante, definido em acordos de cooperação para cada resposta social de acordo com o número de vagas acordado. Desta forma, o estado intervém indiretamente na proteção social aos idosos no que respeita às respostas sociais e intervém diretamente através da segurança social no que respeita à proteção económica (pensões e complementos) e nos programas integrados. Deste modo, podemos dizer que o século XXI caracteriza-se pela sua população envelhecida e pelas despesas com a mesma em medidas de previdência e assistencialismo (Maia, 1984). De salientar que o aumento da população idosa conduz igualmente ao acréscimo na

prevalência de doenças crónicas, o que figura um desafio no domínio das despesas com a saúde e alerta para o repensar de medidas e políticas nesta área (Putnam & Stark, 2006).

Em suma, emerge a necessidade das sociedades repensarem o fenómeno do envelhecimento e de equacionarem intervenções holísticas. Torna-se necessário mitigar estereótipos, situações de discriminação e exclusão social e promover a igualdade e a solidariedade entre as gerações (Albino-Borba, & Mata-Lima, 2011; A. Silva, 2011).

---

# **Capítulo 2**

---

## **O Cuidado Profissional a Idosos em Lar**

---

## 2.1 O Cuidado a Idosos: Algumas Considerações

O tema do cuidado a idosos tem sido alvo de estudo nos mais variados temas da sociologia do trabalho, família e género; da economia; da antropologia; da psicologia; medicina; enfermagem, e outras mais que analisam o comportamento humano e social (Hirata, 2012). Trata-se de um conceito multidimensional que envolve todas as dimensões da vida humana: a pessoal, a familiar, a social, a política, a cultural, a moral, a económica, a ética, a de saúde, etc. (Guimarães, Hirata & Sugita, 2011). De modo explícito, o cuidado diz respeito ao ato de cuidar, auxiliar, apoiar, ajudar. De modo implícito podemos associar o cuidado à solicitude, promoção de bem-estar e satisfação da pessoa cuidada (Dicionário Língua Portuguesa, 2015).

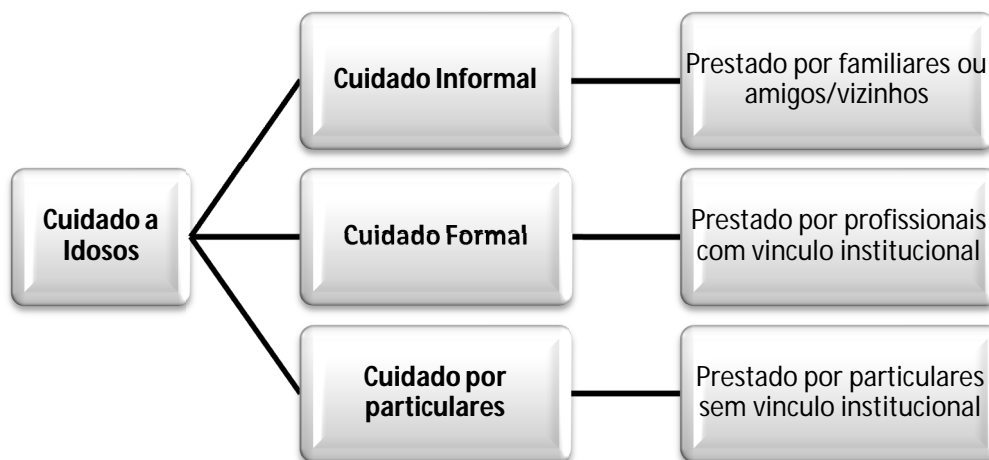
Zelizer (2010) refere que as “relações de *care* incluem qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que visa melhorar o bem-estar daquele ou daquela que é seu objeto” (p.380). Já H. Hirata (2012) propõe uma definição muito interessante de cuidado que evidencia um aspeto fundamental no cuidado: relação altruísta. Para a autora, cuidado “é o tipo de relação social que se dá, tendo como objeto outra pessoa” e pode ser prestado de forma direta, como administração da medicação ou de forma indireta como arrumar a casa (p. 286).

Só a partir dos anos 80 do século passado se começou a pensar e a teorizar sobre o cuidado a pessoas idosas, mais especificamente, começou-se a pensar quem são os principais cuidadores informais e formais; quais as relações/emoções envolvidas no *care* a idosos e quais os impactos da emergência desta profissão (Hirata, 2012).

Um pouco por todo o mundo, mas principalmente nos países cujo envelhecimento é mais expressivo e, de certa forma reconhecido/valorizado, o tema do cuidado a idosos emerge como um elemento importante da vida em sociedade, pela sua expressão quantitativa, mas sobretudo qualitativa. Cada vez mais nestes países convergem diferentes formas de prestar cuidado aos idosos, de acordo com as suas raízes culturais, incentivos políticos, especificidades de mercado e valores morais (Guimarães *et al.*, 2011; Mazza & Lefèvre, 2004).

Atualmente, em Portugal, o cuidado a idosos encontra-se tripartido entre os cuidados familiares, os cuidados institucionais e o cuidado prestado por particulares, como sintetiza a figura 2.

**Fig. 2:** Tipos de Cuidado a Idosos.



**Fonte:** Hirata, 2010; Karsch, 2003; Rocha, Vieira & Sena, 2008.

De um modo breve, salientamos que cuidado informal é prestado pelos elementos da rede de suporte informal, ou seja, por pessoas conhecidas e com vínculos sociais, como familiares, amigos e/ou vizinhos e, por norma não implica contrapartidas remuneratórias. É um apoio incondicional assente nas solidariedades familiares e de vizinhança e no voluntariado com base em laços positivos e sentimentos mútuos entre o cuidador e o idoso.

Como o próprio nome sugere, o cuidado formal é aquele que é prestado pela rede de suporte formal e, portanto, por profissionais do cuidado ligados a uma entidade externa à pessoa cuidada, inicialmente estranha e, por norma implica uma remuneração mensal pelos cuidados prestados. É um cuidado que se encontra ligado ao papel do Estado no apoio aos idosos e, por isso, é prestado por profissionais de instituições públicas ou privadas, como por exemplo, os CD, CC, SAD e pelos lares.

No caso do cuidado formal há uma contratualização de serviços a serem assegurados pelos cuidadores profissionais que podem ir, desde um cuidado pontual e domiciliar (como administração da medicação, alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupa, etc.) a um cuidado permanente (como é o caso dos lares). Neste tipo de apoio há uma prestação de cuidados em troca de uma recompensa remuneratória.

O cuidado formal surge numa tentativa estatal de colmatar dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares, mas nem sempre é suficiente face às necessidades

dos mesmos, uma vez que nem todos os idosos aceitam um apoio institucional, principalmente de ordem permanente (Karsch, 2003).

Sendo o cuidado formal pontual, muitas vezes incapaz de satisfazer todas as necessidades dos idosos e dos familiares começou-se a reconhecer outra forma de cuidado a idosos: o cuidado prestado por particulares. Por exemplo, os familiares que não têm condições para acolher os seus entes idosos nas suas casas podem preferir conciliar um cuidado formal de CD ou SAD diurno, com o cuidado de um particular noturno, respeitando assim a vontade de não institucionalização do idoso.

O cuidado particular, de acordo com Zelizer (2010), implica relações de confiança e interações pessoais positivas, principalmente com o idoso. A seleção do cuidador particular, depende das referências que o mesmo possui sendo, na esmagadora maioria, recomendado por alguém de confiança. Desta forma, as famílias delegam a prestação de cuidados dos seus idosos a terceiros, que não são instituições e, de certo modo sentem-se participantes no cuidado, uma vez que intervém na contratação, supervisão, remuneração e mediação, evitando serem rotulados de abandonar seus entes mais velhos em instituições. A legitimidade da prestação de cuidados familiares através da contratação de um particular faz com que os familiares sintam seu dever de cuidar cumprido e isso, releva-se no aumento deste tipo de apoio a idosos (Guimarães *et al.*, 2011).

Transversalmente aos três tipos de cuidados a idosos é de realçar o facto de os principais cuidadores serem do sexo feminino. Particularmente, no cuidado familiar os cuidadores são cônjuge, filha/nora, irmãs e sobrinhas do idoso cuidado (Brito, 2000; Pedreira & Oliveira, 2012). Quanto ao cuidado formal, é maioritariamente prestado por mulheres, com alguma formação profissional geriátrica (Paquete & Silva, 2011; Reis & Ceolim, 2007). No que respeita ao cuidado prestado por particulares a formação profissional pode ser diversificada, podendo existir cuidadoras com formações básicas ou formações superiores que se encontrem desvinculadas do mercado de trabalho ou que estejam numa situação de aposentadoria.

## 2.2 Do Cuidado Familiar à Integração em Lar

Historicamente, o cuidado aos idosos estava a cargo das famílias, sobretudo das mulheres, que eram domésticas e viviam para cuidar da casa e da família (descendentes e ascendentes). Este cuidado tem as suas origens na cultura e história da nossa sociedade e encontrava-se bastante enraizado em valores de obrigação (Lage, 2008). A ideia de servidão gratuita e voluntária das mulheres perante seus familiares idosos, confinava o cuidado à vida doméstica (Guimarães *et al.*, 2011). Prevalcia uma obrigação social e moral de cuidar dos idosos, com receio de serem rotulados por abandoná-los, uma vez que persistia e ainda persiste a representação de que devemos retribuir o cuidado que os nossos pais tiveram connosco. Se recuarmos à nossa geração ascendente certamente que conhecemos muitos que cuidaram dos seus idosos até ao final da velhice dos mesmos.

Aos poucos, com a crescente e cimentada entrada da mulher no mercado de trabalho, o cuidado foi-se profissionalizando (Hirata, 2012). Ora, com uma vida profissional ativa, e já com muitas mulheres desempenhando funções laborais, torna-se incompatível conciliar a vida familiar e doméstica com o trabalho (Karsch, 2003). Sendo cada vez mais as famílias em Portugal, em menor número do ponto de vista de filhos por casal, a prestação de cuidados aos idosos fica entregue ao cuidado formal (Mazza & Lefèvre, 2004).

Deste modo, a profissionalização do cuidado veio por em causa a gratuidade do cuidado familiar e a falta de preparação/tempo dos cuidadores informais face às especificidades dos cuidados que os idosos necessitam, principalmente os mais dependentes física e cognitivamente (Guimarães *et al.*, 2011; Rocha *et al.*, 2008).

Muitos defendem que se o Estado apoiasse mais as famílias na concretização do cuidado familiar, algumas não seriam obrigadas a entregar os seus idosos ao cuidado formal/profissional (Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010; Guimarães *et al.*, 2011). Quando as famílias se sentem apoiadas interna e externamente tendem a reagir positivamente face à prestação de cuidado aos seus idosos, experienciando sentimentos de satisfação (Pedreira & Oliveira, 2012; Rocha *et al.*, 2008).

Em Portugal, a intervenção do Estado para com os idosos e seus cuidadores é concretizada indiretamente através das IPSS e do complemento por dependência, que concede aos idosos que estejam em situação de dependência física ou cognitiva um



pequeno montante mensal, que nos idosos acamados é insuficiente para as despesas com fraldas e pomadas anti-escaras<sup>8</sup>.

Além do apoio estatal não ser suficiente a prestação de cuidados é uma responsabilidade bastante exigente do ponto de vista físico e emocional para o cuidador familiar, podendo provocar problemas pessoais e sociais. Complicações clínicas por desgaste ósseo e muscular; desequilíbrios emocionais como esgotamento e depressão; cansaço e fadiga geral; o isolamento social a que a prestação de cuidado confina o cuidador; modificação do estilo de vida e reorganização da família são apontados como as principais consequências do cuidado a pessoas idosas (Brito, 2000; Hirata, 2012; Pedreira & Oliveira, 2012; Rocha *et al.*, 2008).

Este cenário agrava-se quando pensamos nos cuidadores igualmente idosos como é o caso dos cônjuges ou irmãos. Para tentar colmatar de certa forma o esforço dos cuidadores, o estado nacional português implementou em 2006 a RNCCI<sup>9</sup>, mas como verificamos no capítulo anterior as unidades de internamento para descanso do cuidador (com duração máxima de 90 dias por ano, divididos em três internamentos de 30 dias consecutivos) não são suficientes face ao número de solicitações, já para não falar do desconhecimento deste apoio, por parte de muitos cuidadores. É por isso, e obviamente também por outras razões, que muitos familiares, após esgotarem outras respostas sociais, como o CD e o SAD e de sentirem as suas capacidades de cuidado igualmente esgotadas, se veem obrigados a entregar a prestação de cuidados dos seus familiares idosos a um lar, onde lhe asseguram atenção 24h por dia, todos os dias do ano.

Envelhecer numa instituição não é novidade nenhuma. Como já referimos, ao longo da história existiam os asilos e os albergues que acolhiam, entre outros, as pessoas mais velhas e lhes prestavam cuidados básicos de alimentação e higiene. Gradualmente a noção de lar substitui a de asilo mas, de certo modo, permaneceu a mesma denotação depreciativa, enquanto local para passar os últimos dias da vida (Daniel, 2009).

---

<sup>8</sup> Valor do Complemento por Dependência em 2015 é de 100,77€ no grau 1 e 181,38 no grau 2 ([www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)).

<sup>9</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho que cria a Rede Nacional De Cuidados Continuados em Portugal.

Com o objetivo de seguir orientações de uma política de envelhecimento ativo e dignificante e de se demarcarem dos antigos asilos, os dirigentes dos lares têm procurado introduzir mudanças que vão de encontro com orientações normativas, mas também com as necessidades dos idosos e suas famílias (Daniel, 2009).

Aos poucos, com o contributo das diversas ciências sobre o envelhecimento saudável e com qualidade, foram sendo introduzidas melhorias nos moldes de funcionamento, tipologias, serviços e atividades dos lares.

Em Portugal existe, hoje em dia, um número significativo de idosos institucionalizados em lar mas ainda perdura uma infinidade de pessoas idosas que vivem sozinhas. De acordo com dados do *site* do INE, de 2 milhões de pessoas idosas quase 407 mil pessoas com mais de 65 anos viviam sozinhas em Portugal e destas, cerca de 40% tem 75 ou mais anos. Cerca de 86 mil pessoas com 65 ou mais anos encontravam-se institucionalizadas em lar e as restantes viviam com familiares, principalmente cônjuges.

**Quadro 6:** Idosos que vivem sozinhos e em lar em Portugal.

	<b>65-69 Anos</b>	<b>70-74 Anos</b>	<b>+75 Anos</b>	<b>Total</b>
<b>Idosos a viver sozinhos</b>	76 307	89 183	241 452	<b>406 942</b>
<b>Idosos a viver num lar</b>	4 675	7 448	72 771	<b>86 694</b>

Fonte: Censos 2011: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

É de senso comum que a generalidade das pessoas prefere envelhecer nas suas casas junto dos que lhes são mais próximos do que passar a sua velhice num lar. Assim sendo, o que leva uma pessoa a ir para um lar? Há medida que a idade vai avançando, podem surgir diversos fatores propícios ao risco de institucionalizar que são percebidos pela família ou pelo próprio como motivos para a integração em lar.

Diversos estudos apontam para uma panóplia de situações que podem estar na origem da institucionalização, tendo por referência os vários domínios da vida do ser humano (pessoal, familiar, social ou económica), como elucida a figura 3.

**Fig. 3:** Alguns fatores propícios à institucionalização de idosos em lar.

**Fonte:** Ducca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2012; Mazza & Lefèvre, 2004; Neves, 2012; Pimentel, 2001; Rocha, 2012.

De um modo geral, as situações preditoras de uma institucionalização em lar são a fragilidade e vulnerabilidade intrínseca ou extrínseca ao idoso (Neves, 2012). Situações de fragilidade em termos de saúde e dos laços sociais e situações de vulnerabilidade socioeconómica e habitacional representam de grosso modo os motivos gerais para a integração de um idoso em lar.

A própria definição de lar, enquanto “resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia” (Carta Social, 2006), chama a atenção para duas possíveis razões que levam à institucionalização de idosos na resposta social de lar de idosos. A primeira relaciona-se com um fator no domínio da saúde e na incapacidade de realizar as atividades de vida diária autonomamente (“perda de independência e/ou de autonomia”). Obviamente, a doença e situações de dependência poderão ser uma forte razão, principalmente quando não existe uma rede de suporte social que consiga assegurar o apoio necessário ao idoso e quando a resposta de serviço de apoio domiciliário não é adequada. A segunda razão, no domínio social, representa uma forma de combate a um problema social cada vez mais existente na velhice, salientado por Albino-Borba, & Mata-Lima (2011), a exclusão e o isolamento social dos mais idosos. Ao proporcionar um “alojamento coletivo”, os idosos têm no lar a possibilidade de não

estarem sozinhos, pelo menos fisicamente, pois lá encontram outras pessoas, muito provavelmente com problemas, experiências de vida e anseios semelhantes.

Em Portugal, os cuidados aos idosos estão em grande parte entregues a instituições públicas e privadas destinadas a prestar cuidados aos idosos de forma temporária ou permanente, embora existam alguns casos em que os principais cuidadores são os cônjuges, igualmente idosos. Perante as atuais regras do mercado de trabalho rígido e competitivo, onde as mulheres ganham cada vez mais terreno, muitos familiares, sobretudo descendentes, acreditam não ter condições/capacidades para cuidar dos seus entes mais velhos e encontram nos lares uma boa alternativa para cumprir a sua missão do cuidado (Brito, 2000; Neves, 2012).

Se há casos em que a institucionalização ocorre porque as famílias se preocupam com a qualidade dos cuidados prestados aos seus idosos, também existem casos em que é o enfraquecimento dos laços familiares e de vizinhança ou as relações conflituosas entre pais e filhas/noras/genros são as causas da integração em lar (H. Pinto, 2009).

Nestes casos, estando os idosos completamente carentes de suporte informal e, nos casos em que as situações de dependência física/cognitiva do idoso aumentam e representam um obstáculo a uma velhice com dignidade no seu domicílio a opção de lar surge normalmente aconselhada pelas redes de suporte formal que encaminham e agilizam o processo de institucionalização, uma vez que são situações onde o lar se torna a única e viável opção (Carvalho & Dias, 2011; Daniel, 2009).

Existem também idosos que preferem passar a velhice num lar para não darem trabalho aos familiares, pois sentem que o cuidado que exigem é um fardo muito pesado para a sua família (Neves, 2012).

Contrariamente à visão negativa generalizada sobre os lares, estes desempenham um papel importante enquanto instrumento de prevenção da exclusão e do abandono de idosos e, por outro lado, sendo um equipamento que lhes proporciona um conjunto de serviços e cuidados que, por vezes, não podem ser assegurados por eles próprios, pela família e nem pela rede formal de apoio existente (Albino-Borba, & Mata-Lima, 2011; Karsch, 2003; Mazza & Lefèvre, 2004).

Sobre a decisão de integração em lar, importa salientar que em alguns casos a institucionalização é consentida pelo próprio idoso, que em consciência percebe que necessita de cuidados e prefere não sobrecarregar os familiares que têm os seus

trabalhos laborais e responsabilidades (Neves, 2012). Para outros, a escolha entre permanecer num ambiente familiar, ainda que com alguns riscos associados para si ou para sua família ou a institucionalização num equipamento com supervisão e cuidados diários, nem sempre é fácil.

De qualquer modo, pensar em institucionalizar um idoso em lar pressupõe uma avaliação das necessidades do mesmo e exige um consenso sobre a solução que melhor assegura a qualidade de vida e bem-estar nesta etapa da vida, que depende sempre da opinião do interessado (idoso) exceto nos casos de demência grave devidamente diagnosticada e atestada e nos casos de inimizabilidade.

É certo que as famílias, nomeadamente as portuguesas, enfrentam diariamente diversas dificuldades e muitos não possuem capacidades/recursos/tempo para se dedicarem ao cuidado dos seus entes mais velhos. Outros que experimentam o cuidado sentem com o passar do tempo que é uma responsabilidade cada vez maior e que exige grandes alterações nas relações e organização das famílias, principalmente nos casos de dependência física (Brito, 2000; Karsch, 2003).

Mas quando pensarmos em institucionalizar alguém num lar não devemos esquecer que estamos a tratar de uma situação delicada, de um ser humano, muitos no limite das suas aptidões físicas e cognitivas que têm dignidade própria e merecem respeito (Daniel, 2009; Rocha, 2012). E isto vale para os dois lados: os familiares e os lares devem preservar a autonomia, a capacidade de decisão, promover a autoestima e o envelhecimento ativo e respeitar a privacidade e intimidade dos seus idosos (Mazza & Lefèvre, 2004).

Carvalho & Dias (2011) referem que a participação do idoso na decisão de ir para um lar e na escolha do mesmo, pela afinidade com os utentes e/ou com o espaço geográfico, funcionam como mecanismos facilitadores da sua integração, a par do sentimento de pertença e das visitas dos mais próximos (familiares ou amigos).

### 2.3 Sobre o Cuidado Profissional de Idosos em Lar

Para se trabalhar diariamente com uma população exigente do ponto de vista do cuidado e atenção, com múltiplas necessidades (básicas fisiológicas, emocionais, sociais e afetivas) torna-se imprescindível sentir vocação pessoal e ter formação profissional para isso (Garbin *et al.*, 2010). Dito de outro modo, em qualquer profissão é importante que se goste do que se faz como atividade profissional, para que a mesma seja fonte de satisfação geral. Quando a atividade profissional tem como fim o ser humano, torna-se ainda mais relevante que se goste do público para quem prestamos os nossos serviços, sob pena de não correspondermos às necessidades do mesmo. Nos contextos de trabalho onde o ser humano é a “matéria-prima” (Goffman, 1974, p. 70) as dimensões relacionais, emocionais e éticas devem estar bem definidas em cada colaborador e o respeito pela dignidade e liberdade devem imperar no dia-a-dia laboral.

A par da predisposição para trabalhar com idosos, torna-se necessária formação na área, não tanto pela habilidade técnica mas, sobretudo pelo imprescindível conhecimento sobre aspetos fisiológicos, demenciais, emocionais e sociais que contribuem para um cuidado mais adequado e harmonizado (Reis & Ceolim, 2007). Nem sempre é fácil lidar com estados de agitação, ansiedade e angústia vivenciada por alguns idosos, particularmente nos casos em que não conseguem lidar com o seu próprio envelhecimento, a sua situação de dependência e/ou sua institucionalização em lar.

Apesar de ser um processo natural ao qual nenhum ser vivo escapa, para algumas pessoas envelhecer não é uma realidade fácil de aceitar. Sentir a cada dia que passa a perda de força, energia, juventude, capacidades físicas e cognitivas, representa para alguns uma fase angustiante da vida (Garbin *et al.*, 2010). Outros demonstram mesmo agressividade, teimosia, falta de trato social e de comportamento adequado devido a algumas patologias (Mazza & Lefèvre, 2004). Para lidar com este tipo de sentimentos e comportamentos é necessário que os cuidadores profissionais demonstrem paciência, habilidade e conhecimento para ajudá-los a aceitar e aproveitar de forma prazerosa os anos que ainda tem pela frente (Garbin *et al.*, 2010). É certo que os cuidadores profissionais lidam com este tipo de comportamento e a sua atenção e esforço são solicitados constantemente, representando grandes desafios diários ao cuidado profissional (Rocha *et al.*, 2008).

De um modo geral, os cuidadores profissionais que trabalham em lar são mulheres, como já referido e, por norma, trabalham por turnos, estando distribuídas por duas/três equipas (dia e noite ou manhã, tarde e noite) dependendo da instituição (Paquete & Silva, 2011; Reis & Ceolim, 2007). São pessoas com as suas vidas familiares, os seus *hobbies*, os seus problemas, como qualquer outro ser humano, mas que dedicam o seu trabalho ao cuidado do outro. Cuidar de idosos é sempre uma responsabilidade *sui generis* dependendo das características do profissional cuidador e do idoso cuidado, acrescentando as imposições e especificidades do lar onde são prestados os cuidados (Brito, 2000).

Torna-se neste ponto, importante refletir sobre as características institucionais dos lares, que como se sabe, tendem a ser opostas ao que os idosos estavam habituados. A existência de um comportamento padrão, rotineiro e regrado, exigido pela instituição aos utentes impede alguns idosos de se sentirem autónomos, capazes de tomar decisões e de ter vontade própria (Reis & Ceolim, 2007). Alguns autores referem que a existência de horários e a pressão provocadas nos profissionais, por parte das equipas dirigentes no que respeita ao tempo, faz com que estes não tenham momentos de qualidade com os idosos de quem cuidam. Muitas vezes não conseguem preservar a sua autonomia, uma vez que é mais rápido ajudá-los a vestir-se do que deixá-los vestir-se sozinhos, por exemplo (Mazza & Lefèvre, 2004).

Emerge por vezes, no profissional cuidador um conflito onde a eficiência e o tratamento humanitário estão em lados opostos (Goffman, 1974). É claro que é importante existirem regras e horários, principalmente para a organização institucional das AVD's, mas é igualmente imprescindível que os mesmos sejam minimamente flexíveis, dando espaço de manobra aos cuidadores profissionais para conversarem com os idosos, estarem despertos para a satisfação de outras necessidades implícitas e promoverem um ambiente relacional harmonioso e calmo com os utentes (Guedes, 2012).

A par desta característica institucional dos cuidados de idosos em lar, Goffman (1974) sugere que há uma tendência geral de estas instituições sociais se fecharem do mundo social, por alusão a razões de segurança dos próprios utentes, principalmente dos mais comprometidos cognitivamente. De facto, há casos em que os familiares institucionalizam os seus idosos por estes exigirem vigilância constante sob pena de se colocarem em situações de perigo para si mesmos. Por isso, nestes casos, os dirigentes

institucionais preferem manter uma barreira física e simbólica ao mundo externo. Deste modo, os lares transparecem uma imagem de fechamento e isolamento dos idosos.

Se para muitos idosos, que viviam sozinhos e não possuíam rede de suporte social informal, a ida para o lar significa oportunidade de convívio e interação social com os restantes utentes e profissionais, para outros, significa um corte de relações com o mundo social e o caminho para a solidão. Mesmo não estando fisicamente sozinhos, pois partilham o mesmo espaço e rotinas com outras pessoas, alguns idosos sentem-se sós e distantes de todos e tudo que lhes conferia identidade e sentido à vida (Guedes, 2012). Para Elias (2001), “nunca antes as pessoas morreram tão silenciosa e higienicamente como hoje nessas sociedades, e nunca em condições tão propícias à solidão”(p.34). Se para alguns idosos, os cuidados profissionais que os lares proporcionam garantem qualidade de vida, para outros, mais exigentes do ponto de vista das necessidades humanas secundárias, a satisfação das necessidades básicas garantidas com a institucionalização não são suficientes.

Cada vez mais, sobre o tema dos cuidados a idosos, principalmente o formal e institucional, as organizações internacionais, a União Europeia e o estado nacional chamam à atenção dos dirigentes institucionais para estas necessidades e para um cuidado assente em elevados níveis de ética, respeito, qualidade e dignidade perante o ser humano idoso (Karsch, 2003). Por forma, a afastar do cuidado profissional em lar os estereótipos e representações depreciativas existentes sobre o mesmo, é importante que se promova uma ideologia de envelhecimento ativo, prazeroso e dignificante, tendo como pedra basilar um conjunto de princípios referidos por Viegas & Gomes (2007): o princípio da dignidade; o princípio da autonomia; o princípio do desenvolvimento pessoal; o princípio do acesso a cuidados básicos e, por fim, o princípio da participação ativa como ator e não como espetador à espera do desfecho final da sua vida (p.41-42).

Ao longo do dia num lar, desde as rotinas do acordar até às rotinas do deitar passando obviamente pelas rotinas da higiene pessoal, dos espaços, alimentação e pelas atividades de ocupação, muitos profissionais encontram-se envolvidos no processo de cuidado aos idosos. Tanto a equipa auxiliar, que está mais perto dos utentes como a equipa técnica e equipa dirigente desempenham um papel fundamental na prossecução da qualidade dos serviços prestados e na satisfação de todos utentes. Para isso, devem estar orientados para um cuidado flexível em termos de horários, de modo a respeitar o



ritmo de cada idoso e para um cuidado personalizável e promotor de autonomia, dentro das capacidades dos mesmos.

No processo de adaptação torna-se essencial a construção de uma relação de confiança entre o idoso e o profissional e de uma atenção especial face à rutura/perda que o utente sofre quando é institucionalizado. Há lares que incentivam os seus utentes a trazer consigo pertences mobiliários e outras recordações, por forma a amenizar sentimentos de perda e facilitar o processo de adaptação (Goffman, 1974). A presença da família/amigos através de frequentes visitas ao idoso institucionalizado é apontada como outro fator protetor para uma boa adaptação e aceitação das rotinas e vivências em lar (Carvalho & Dias, 2011).

Os sentimentos de afeto e expressão de carinho, são igualmente mecanismos de sentimento de pertença e devem estar presentes no cuidado profissional, a par da habilidade técnica (Reis & Ceolim, 2007). Afinal, a “matéria-prima” de trabalho destes cuidadores são pessoas com uma história de vida, que por diversas razões se encontram numa situação de fragilidade/vulnerabilidade e, por isso, necessitam de cuidado (Goffman, 1974). Atualmente, chama-se a atenção dos profissionais do cuidado para as questões da infantilização. Tratar alguém com carinho recorrendo a diminutivos que são aceites e prazerosos para o idoso, não devem ser confundidos com situações de infantilização, mas sim, como demonstração de afeto entre pessoas que partilham o mesmo espaço durante várias horas do dia, como se de uma família se tratasse. A experimentação de relações positivas no lar reforçam sentimentos de adaptação e pertença ao grupo e ao espaço, imprescindível para um envelhecimento em lar satisfatório (Carvalho & Dias, 2011).

---

# Capítulo 3

---

## Opções Metodológicas

---

### 3.1 Tema, Objetivos e Hipóteses de Trabalho

O tema do envelhecimento e da institucionalização em lar como modo de envelhecer levanta questões de diversas ordens e, ainda é um assunto que permanece bastante ligado a estereótipos e receios (Martins, 2013). O atual *ethos* social da celebração de valores como a inovação, tecnologia, produtividade, eficiência, beleza e modernidade coloca o idoso numa posição de desvantagem, depreciativa, incapacitante, dependente, conservadora e física e cognitivamente deteriorada, fomentando o *ageism*, ou seja, a discriminação e os preconceitos com base na idade (Viegas & Gomes, 2007). Entre muitos idosos predomina um sentimento negativo quanto à sua velhice, vivendo-a passivamente como uma fase de declínio dos órgãos do corpo que culmina na morte, principalmente nos que não possuem rede de suporte informal. Quando falamos em envelhecer num lar, sentimentos de angústia e desespero emergem, uma vez que, a integração de uma pessoa num meio que não lhe é familiar levanta questões de diversas ordens, para as quais a sociedade está mais desperta e atenta, principalmente no que respeita à dignificação do ser humano, à satisfação de necessidades (não só básicas) e ao respeito pela sua privacidade e vontade própria (Governo Português, 2012).

Tendencialmente, existe uma preferência para envelhecermos em nossas casas e/ou junto dos que nos são conhecidos e queridos. Apesar da institucionalização de idosos não ser um tema recente, ainda persistem opiniões de desagrado face a este tipo de cuidado formal a idosos, que de acordo com as projeções da EMV tenderão a aumentar (Coelho, Magalhães, Peixoto, & Bravo, 2008). Deste modo, perceber a visão que gira em torno da velhice nos lares, por parte de profissionais/potenciais utilizadores desta resposta social a longo prazo, torna-se socialmente preponderante, pela sua relevância na desmistificação de conceitos/preconceitos muitas vezes associados à velhice e às vivências em lar e/ou na melhoria dos cuidados/serviços prestados pelos mesmos.

É importante perceber o que pensam os diferentes profissionais que trabalham em lar, sobre a integração dos idosos, sobre as vivências e rotinas de um lar e sobre os estereótipos em torno da velhice e dos lares. De um modo geral, consideramos importante auscultar os cuidadores formais sobre o que pensam da velhice nos lares, uma vez que, é uma realidade com a qual os profissionais vivenciam e convivem diariamente. Perceber se os profissionais do cuidado possuem uma visão convergente ou divergente com o pensamento hegemónico acerca da velhice e das vivências em lar

foi a questão fundadora e condutora desta investigação exploratória que pretende dar contributos sobre a integração, rotinas e vivências num lar; sobre as principais características e motivações do cuidado formal a idosos e, por fim, sobre o que é envelhecer num lar, de acordo com a visão dos profissionais.

Por forma a responder às questões orientadoras da presente investigação definimos alguns objetivos que nos permitiram direcionar todos os procedimentos metodológicos e as reflexões analíticas sobre o tema da velhice nos lares. Como objetivo geral, pretendíamos conhecer as perceções que os profissionais que trabalham nos lares de Lisboa Ocidental possuem sobre a velhice, sobre os lares e sobre as vivências em lar. De um modo específico, procurávamos (i) conhecer as motivações e as características dos profissionais do cuidado a idosos em lar; (ii) encontrar as causas/razões que, na sua perspetiva, conduzem à integração de idosos em lar; (iii) conhecer as vantagens e desvantagens de envelhecer num lar e, por fim, (iv) perceber o que pensam os profissionais sobre a sua futura velhice e possível integração em lar.

A operacionalização destes objetivos deu origem à formulação de quatro hipóteses. A primeira prende-se com a questão da convergência da visão dos profissionais com o pensamento dominante sobre a velhice que, como a literatura refere, é na esmagadora maioria negativo. Assim sendo, supomos que os profissionais possuem uma representação social da velhice igualmente negativa. Pretende-se averiguar o facto de se ser profissional do cuidado formal a idosos reforça a visão negativa da velhice ou, pelo contrário, produz impactos de divergência com o pensamento hegemónico. Assim, a segunda hipótese postula que as práticas profissionais em lar condicionam as representações dos profissionais sobre a velhice e sobre as vivências num lar. Esta hipótese prevê que o facto de se ser cuidador formal de idosos influencia as perceções. Esta segunda hipótese relaciona-se com uma terceira, que pressupõe que os profissionais têm uma opinião mais favorável à institucionalização que o conjunto da população. Ou seja, contrariando a tendência geral para protelar e/ou recusar a integração de idosos em lar, os profissionais que lá trabalham diariamente, consideram que existem vantagens no envelhecimento em lar. Finalmente, a quarta hipótese, seguindo a lógica da anterior, supõe que os profissionais valorizam o lado positivo da vida no lar, nomeadamente, as dimensões relacionais. Considerando que os profissionais sejam favoráveis à institucionalização, procurar-se-ão fatores que

justifiquem esta posição, por exemplo, o facto de, nos lares os idosos puderem conviver com outras pessoas da mesma idade e com os profissionais que cuidam deles.

### **3.2 Metodologia**

Por forma a aprofundar o conhecimento sobre a velhice e as vivências em lar de idosos, pela experiência dos profissionais que lá trabalham, optamos por uma abordagem qualitativa exploratória que visa analisar o discurso dos participantes de um modo aprofundado e reflexivo. Não se pretende mensurar os resultados, pelo contrário procura-se explorar a complexidade dos fenómenos com base nas crenças, representações, valores, hábitos, atitudes e opiniões (Kirk & Miller, 1986). A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, que visa a construção da realidade da velhice em lar, analisando as representações, crenças, valores e significados sobre a mesma no discurso dos participantes. Portanto, esta pesquisa enquadra-se no paradigma construtivista, uma vez que assume a relatividade do fenómeno da velhice em lar e procura perceber, de que forma o contacto e a experiência dos indivíduos envolvidos nesta realidade, influencia o modo como a apreendem e lidam com a mesma. Tendo como objetivo principal o aprofundamento do conhecimento, esta investigação arroga um carácter exploratório, pois o tema em análise refere-se a uma realidade sobre a qual ainda existe algum desconhecimento e persistem alguns mitos e dúvidas.

O discurso dos participantes foi o material de análise e a nossa reflexão baseou-se na subjetividade dos mesmos, procurando identificar as interpretações/representações que giram em torno da realidade da velhice nos lares. A análise dos dados foi interpretativa, com base em conceitos teóricos e construções individuais que emergiram da interação entre o investigador e os participantes.

Além de aprofundar o conhecimento sobre a velhice nos lares através da opinião dos profissionais o método qualitativo exploratório permite descobrir novos enfoques, percepções e conceitos sobre o fenómeno e, potenciou a clarificação e modificação de ideias e abordagens vigentes nos lares atuais. Trata-se de uma especificidade desta abordagem e desta pesquisa. Não limitar-se ao conhecer, mas incitar o saber para explorar outras hipóteses de melhor fazer/ser. É importante conhecer todas as dimensões de um fenómeno para que holisticamente se reflita no que pode ser aperfeiçoado. Por isso, a melhor abordagem de pesquisa foi a qualitativa, o

conhecimento exploratório adquirido sobre a velhice e as vivências em lar através dos olhares dos profissionais permitiram refletir sobre as atuais formas de cuidado aos idosos da nossa sociedade a curto e longo prazo.

### **3.3 Instrumentos de Recolha e Análise de Dados**

Sendo esta uma pesquisa de carácter exploratório, dado que queríamos ir à descoberta do que pensam os profissionais sobre a velhice e as vivências em lar, o instrumento de recolha de dados que privilegiamos foi a entrevista semiestruturada, pela sua flexibilidade e adaptabilidade ao tipo de informação a partilhar pelo participante. Assentando nos processos comunicacionais e de interação pessoal, a entrevista assume-se como a técnica de recolha de dados que favorece um ambiente propício à partilha de perceções, sentimentos, opiniões e experiências sobre situações concretas ou acontecimentos pessoais, permitindo ao investigador um certo grau de autenticidade das informações e aprofundamento sobre o tema que analisa (Quivy, & Campenhoudt, 2005).

O guião elaborado para aplicação desta técnica qualitativa de recolha de dados serviu apenas de fio condutor do discurso das pessoas entrevistadas, redireccionando-as sempre que necessário para os objetivos da investigação em causa. Por isso, procuramos elaborar um guião com pontos de discussão suficientemente abertos que serviram de ponto de partida para a conversa com os participante e de orientação, para que durante a entrevista o participante mantivesse o seu raciocínio e discurso nos objetivos da pesquisa. Assim, o entrevistado pôde conversar abertamente, expressando no seu vocabulário, os seus constructos, representações, visões e opiniões sobre o tema da velhice e das vivências em lar, de acordo com os objetivos gerais e específicos definidos para esta investigação.

O guião<sup>10</sup> utilizado nas entrevistas desta pesquisa divide-se em seis pontos principais: (i) Dados Sociodemográficos; (ii) Dados Profissionais; (iii) Cuidado a Idosos; (iv) Integração em Lar; (v) Rotinas e vivências em lar e, por último, (vi) Perceção sobre a Velhice. Em cada ponto são colocadas questões que permitem ao entrevistado construir as suas próprias reflexões e opiniões, nas quais implicitamente se

---

<sup>10</sup> Ver Guião de Entrevista Semiestruturada no apêndice nº 1.

identifica ideias, representações, sentimentos e motivações sobre o assunto em discussão.

A par da gravação das entrevistas, a observação e anotação do comportamento não-verbal do entrevistado, nomeadamente expressões faciais, tom de voz e hesitações, mereceram também especial atenção na recolha e análise dos dados pois fornecem elementos novos não expressos no discurso, que serão alvo de reflexão e enquadramento na análise dos dados.

O tratamento e análise de dados é uma parte bastante importante de qualquer investigação pois permitem a construção de conhecimento ou confirmação de teorias já existentes. Como se trata de uma pesquisa qualitativa de carácter exploratório, a análise dos dados recolhidos através de entrevista semiestruturada foram alvo de transcrição e submetidos a análise de conteúdo, forçando a investigadora a focar-se no que realmente dizem os discursos, distanciando-se das suas próprias conceções e perceções sobre a integração de idosos em lar (Quivy, & Campenhoudt, 2005). É importante estar focado no que de facto é dito pois as narrativas gravadas contêm em si as construções dos entrevistados e traduzem formas concretas e pessoais de vivenciar a realidade da velhice em lar, a qual procuramos explorar e conhecer melhor (Souza, Mcnamee, & Santos, 2010).

### **3.4 Participantes na Pesquisa**

Como se depreende dos pontos anteriores, os verdadeiros atores desta pesquisa são os profissionais que trabalham em lares, pela sua proximidade diária com a realidade da velhice, do envelhecimento e das vivências e dinâmicas em lar. A sua experiência de vida contém em si, noções e conhecimentos, sobre os quais é de todo relevante debruçarmo-nos. Os profissionais que trabalham em lar, conhecem as situações que motivam a institucionalização, lidam diariamente com o processo de envelhecimento em lar e com as diferentes formas de adaptação e convivência nos lares. Estão em condições de conversar sobre como é vivenciada a velhice e as rotinas diárias de um lar.

A sua opinião apresenta um interesse específico pois converge nos profissionais uma visão dual deste fenómeno. Por um lado, são pessoas comuns imersas no conhecimento hegemónico que é produzido a respeito da velhice e dos lares e que, de

um modo geral, está repleto de estereótipos e preconceitos. Por outro lado, têm uma situação social específica, que lhes permite uma proximidade com o fenómeno que pode reproduzir ou distanciar-se da versão dominante. Dito de outro modo, os profissionais que trabalham em lar e os idosos institucionalizados são os únicos atores de vivenciam as dinâmicas diárias de um lar, conhecendo a realidade da velhice nos lares através de dois modos: pensamento dominante e experiência com a mesma realidade. Tanto os idosos como os profissionais conhecem e possuem perceções sobre a velhice nos lares com base no que é socialmente produzido e, após contacto com a realidade, ambos têm a oportunidade de comprovar ou refutar as representações, tendencialmente negativas, discriminatórias e pejorativas existentes sobre a velhice e sobre os lares (Carvalho & Dias, 2011; Pimentel, 2001; Rodrigues, 2008;). Portanto, consideramos que os idosos e os profissionais encerram nas suas perceções a dualidade da realidade da velhice nos lares e, por isso são as pessoas mais indicadas para aprofundamento do conhecimento desta realidade.

A nossa opção recaiu sobre os profissionais e não sobre os idosos, por duas razões. Em primeiro lugar, existem na literatura estudos que exploram a opinião dos próprios idosos sobre a sua velhice e sobre integração e vivências num lar, ao passo que as representações dos profissionais sobre esta realidade são descuradas. Em Portugal não se tem escutado suficientemente os profissionais cuidadores de idosos e é relevante saber o que eles têm a dizer sobre a velhice e as vivências em lar. Em segundo lugar, tínhamos interesse em analisar as dimensões do cuidado formal a idosos, por considerarmos ser uma profissão fundamental nas sociedades envelhecidas, como é o caso da sociedade portuguesa. Auscultar os profissionais sobre os cuidados formais prestados a idosos institucionalizados, tornou-se igualmente relevante por se tratar de uma profissão que visa o cuidado do outro, que é socialmente representado como diminuído, pela idade e problemas associados que apresentam (Viegas & Gomes, 2007). Perceber o que motiva estas pessoas para o trabalho de cuidado a uma população, cujas representações sociais são depreciativas e pejorativas e, cuja valorização e recompensas associadas são escassas e/ou reduzidas (Guimarães *et al.*, 2011).

Determinando que os profissionais que trabalham em lar seriam o objeto desta pesquisa, definimos o primeiro critério para a seleção dos que iriam participar na recolha de dados. De acordo com a carta social, a “procura de lar” é superior à “oferta de lar” apenas em seis distritos de Portugal (Lisboa, Porto, Aveiro, Braga, Setúbal e



Faro). Por uma questão de proximidade geográfica optamos por selecionar profissionais que trabalham em lares do concelho de Lisboa, mais especificamente das freguesias da região ocidental da capital (Ajuda, Alcântara e Belém), que também se encontram acima da média do índice de envelhecimento (182.8).

A tabela abaixo mostra-nos o índice de envelhecimento em cada uma das atuais 24 freguesias que compõe o município de Lisboa, na qual Benfica e Parque das Nações são as freguesias que apresentam respetivamente, maior e menor índice de envelhecimento.

**Quadro 7:** Índice de Envelhecimento nas 24 freguesias de Lisboa.

<b>Índice de Envelhecimento em Lisboa</b>			
Benfica	263.2	Avenidas Novas	209.8
São Vicente	261.0	Arroios	208.1
Santa Maria Maior	258.7	Areeiro	208.1
<b>Ajuda</b>	<b>250,5</b>	Campolide	205.9
Olivais	247.5	São Domingos de Benfica	199.5
<b>Alcântara</b>	<b>245,4</b>	<b>Belém</b>	<b>183,1</b>
Penha de França	246.7	Estrela	170.4
Alvalade	239.3	Marvila	135.0
Misericórdia	228.9	Carnide	111.1
Campo de Ourique	221.5	Lumiar	96.1
Beato	216.6	Santa Clara	77.8
Stº António	213.8	Parque das Nações	49.5

**Fonte:** <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/lisboa-em-numeros/>

Selecionadas as três freguesias que delimitavam o espaço geográfico desta investigação, encontramos através do *site* da Carta Social (2014) cerca de 11 lares (IPSS e privados) sedeados nas mesmas. Importa referir que os equipamentos divulgados no *site* da Carta Social são todos credenciados pelo Instituto da Segurança Social.

Com base nos contactos disponíveis no *site* da Carta Social contactámos os dirigentes dos 11 Lares, encontrados nas três freguesias, solicitando a colaboração de dois dos seus profissionais para esta pesquisa. Todos os lares encontrados, descritos na tabela seguinte por freguesia e capacidade, receberam via *e-mail*, seguido de contacto

telefónico para confirmação de receção do email, um Pedido de Colaboração<sup>11</sup> no qual se apresentam os objetivos da pesquisa e se solicita a colaboração na fase de recolha de dado que, decorreu entre os meses de Abril e Maio de 2015.

**Quadro 8:** Lista de Lares encontrados nas três freguesias, por freguesia e capacidade.

	Freguesia	Capacidade
1	Ajuda	39
2	Ajuda	45
3	Alcântara	99
4	Alcântara	33
5	Alcântara	11
6	Belém	12
7	Belém	27
8	Belém	8
9	Belém	37
10	Belém	35
11	Belém	25
Total da Capacidade		<b>370 Idosos</b>

**Fonte:** www.cartasocial.pt

Os critérios de seleção dos participantes, para os lares que aceitaram participar nesta pesquisa foram diversificados. Procuramos (i) profissionais de diferentes idades para verificar se existem diferenças consoante a proximidade/distância da sua própria velhice; (ii) profissionais com diferentes anos de experiência na área e, por fim (iii) profissionais de diferentes níveis hierárquicos, com o fito de analisar se o tipo de contacto/proximidade diária que possuem com os idosos tem influência na forma de perceber a velhice nos lares.

Importa salientar que esta diversidade (em idades, tipo de ocupação e anos de experiência no cuidado a idosos.) foi selecionada a partir dos lares que aceitaram participar neste estudo e da disponibilidade dos mesmos, no que respeitou à dispensa dos profissionais.

<sup>11</sup> Ver modelo do Pedido de Colaboração no apêndice nº 2.

### 3.4.1. Caracterização dos Participantes

Apenas quatro dos onze lares participaram nesta investigação exploratória, perfazendo um total de oito profissionais entrevistados. Dos restantes, quatro não aceitaram participar nesta investigação, referindo apenas que a direção não aprovou a colaboração. Um dos lares, após várias tentativas de contacto sem sucesso, descobrimos que já não se encontrava em funcionamento, uma vez que deixou de aparecer na Carta Social e tivemos confirmação por parte da junta de freguesia onde o mesmo estava sedado. Outro lar, alegou estar em fase de obras para alargamento de instalações e, optou por não colaborar nesta investigação por considerar que a organização do trabalho dos profissionais já se encontra bastante complicada. Houve ainda um lar, que após várias tentativas de contacto referiu ter falta de pessoal e, por isso não podia dispensar qualquer profissional, nem que fosse por uns minutos.

Das freguesias selecionadas apenas a freguesia de Alcântara não ficou representada nesta investigação, devido à ausência de interesse/condições dos lares (lá sedados) em participar na recolha de dados para esta investigação.

Deste modo, os lares que aceitaram participar pertencem às freguesias da Ajuda e de Belém e, todos os profissionais entrevistados são do sexo feminino, como podemos ver no quadro 9.

**Quadro 9:** Dados gerais sobre os Participantes.

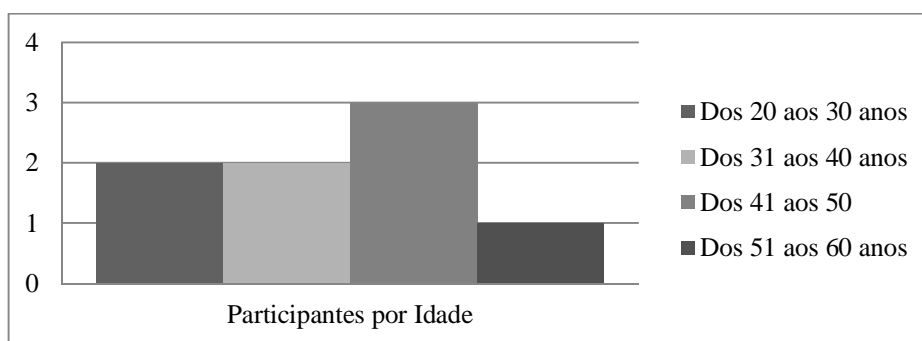
<b>Dados gerais sobre os Participantes</b>			
<b>Freguesia</b>	<b>Codificação do lar</b>	<b>Sexo</b>	<b>Total da capacidade abrangida pelos lares entrevistados</b>
Ajuda	Lar_1	Feminino	
Ajuda	Lar_2	Feminino	146 Idosos
Belém	Lar_3	Feminino	Cerca de 40% do total pretendido
Belém	Lar_4	Feminino	

Apesar de apenas quatro dos onze lares terem aceitado colaborar na presente investigação, consideramos relevante o facto de conseguirmos representar cerca de 40% do total da capacidade dos lares. Dito de outro modo, os onze lares inicialmente selecionados correspondem a um total de capacidade de alojamento de 370 idosos, como demonstra o quadro 8. Os quatro lares correspondem a uma capacidade de

alojamento de 146 idosos, o que significa que as nossas participantes são cuidadoras formais de cerca de 40% do total inicialmente pretendido.

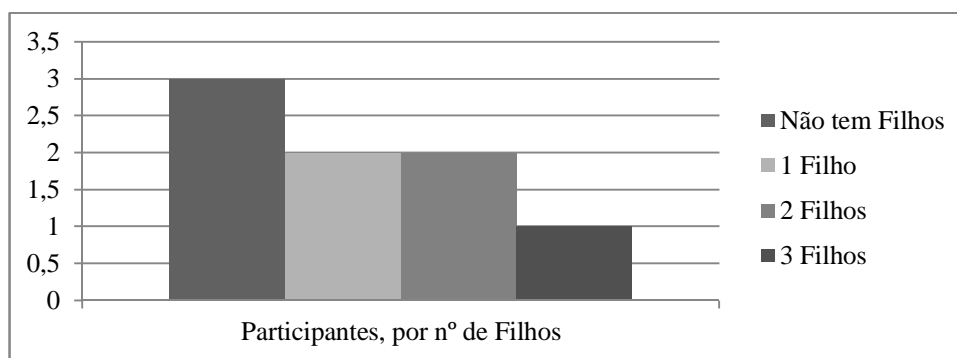
No que respeita à idade das participantes encontramos uma certa diversidade: a participante mais nova tem 23 anos e a mais velha 56 anos de idade, compondo uma média de idades que ronda os 38 anos. A maioria (3 participantes) encontra-se na casa dos 40 anos, duas participantes na casa dos 20 anos e outras duas na casa dos 30 anos, como podemos observar no gráfico que se segue.

**Gráfico 1:** Caracterização das Participantes, por idade.



Todas as participantes são naturais de Lisboa à exceção de duas: uma nasceu numa ilha açoriana e outra no Brasil. Atualmente, residem todas no concelho de Lisboa, exceto uma participante que reside no concelho de Loures. No que se refere à situação familiar, três são casadas/união de fato, duas das participantes estão divorciadas e três são solteiras. Quanto aos filhos, três das participantes não têm filhos; duas participantes têm apenas um filho; outras duas participantes têm dois filhos e uma participante tem três filhos, como ilustra o gráfico abaixo.

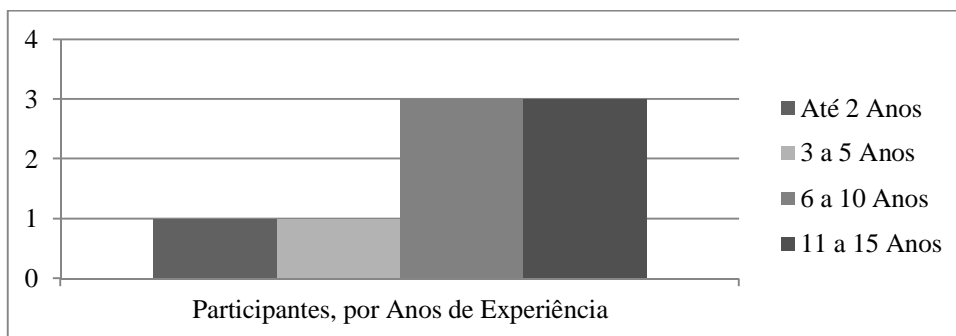
**Gráfico 2:** Caracterização das Participantes, por nº de Filhos.



Conseguimos entrevistar participantes de todos os níveis hierárquicos profissionais num lar, desempenhando, portanto, diferentes funções de acordo com o seu cargo, o que contribuiu para a diversidade de visões e perceções entre os profissionais. Das oito entrevistas realizadas quatro foram com profissionais que pertencem ao quadro de auxiliares e as restantes quatro com técnicas que pertencem ao quadro de técnicos superiores. As habilitações académicas das mesmas encontram-se entre o 2º Ciclo do Ensino Básico (6ºanos) e o 1º Ciclo do Ensino Superior (Licenciatura).

Quanto à diversidade das participantes no que respeita aos anos de experiência profissional no cuidado formal a idosos, o gráfico abaixo mostra-nos que possuem experiências profissionais que vão desde os 2 anos aos 15 anos de experiência.

**Gráfico 3:** Caracterização das Participantes, por Anos de Experiência, como Profissional do Cuidado a Idosos



Como podemos observar no gráfico 3, a maioria das entrevistadas (6 participantes) são cuidadoras formais em lar há mais de 6 anos. Apenas uma possui experiência inferior a 2 anos como profissional do cuidado formal a idosos e outra inferior a 5 anos.

Das oito participantes, quatro tiveram experiências profissionais fora do país, nomeadamente no Reino Unido (1 participante), Brasil (2 participantes) e na Índia e Alemanha (1 participante) o que enriqueceu as suas experiências profissionais e vivências pessoais, sobre as quais iremos refletir na análise e discussão dos dados, no capítulo 4.

---

# **Capítulo 4**

---

## **A Visão das Cuidadoras Formais sobre a Velhice em Lar**

---

Este capítulo destina-se à apresentação e discussão de resultados, recorrendo a uma reflexão em torno de três temas centrais do discurso das participantes.

O primeiro diz respeito à caracterização das cuidadoras formais, nomeadamente o percurso escolar e profissional, as opções tomadas e as motivações. O segundo tema pretende ilustrar a vida num lar, na opinião das participantes, focando as causas da institucionalização de idosos em lar; as vantagens e as desvantagens da resposta social de Lar de Idosos; as rotinas e a articulação com as famílias. O terceiro tema analisa a perceção das participantes sobre o envelhecimento e procura conhecer o que pensam sobre a sua (im)possível institucionalização em lar.

Os resultados obtidos, e de seguida apresentados, servem o objetivo de uma investigação de carácter exploratório e, por isso, não visam a generalização. Antes pelo contrário, fomentam o aprofundamento do conhecimento sobre o cuidado na velhice em lar, num local específico, cujo espaço geográfico foi selecionado com base em motivações pessoais e profissionais.

## **4.1 As Cuidadoras Formais em Lar**

### **4.1.1 O Cuidado no Percurso Escolar/Profissional**

Nas sociedades modernas trabalhar assume uma dimensão essencial e a motivação pelo que se faz, além de melhorar os níveis de satisfação pessoal, melhora a qualidade dos desempenhos (Perez-Ramos, 1990). De um modo geral, motivação diz respeito ao esforço e dedicação despendidos em qualquer ação, com base numa recompensa/objetivo. A competência e qualidade do cuidado prestado pelos profissionais, transversalmente às tarefas e nível hierárquico que desempenham, dependem das motivações para o mesmo. Trata-se do incentivo que leva as pessoas a agirem de determinada maneira, em consonância com as suas expectativas e necessidades.

No caso específico do cuidado formal a idosos em lar, o esforço físico e emocional exigidos diariamente tendem a ser pouco reconhecidos e valorizados (Hirata, 2010). Por norma, os cuidadores formais têm um estatuto baixo na hierarquia interna de um lar e, conseqüentemente recebem pouco reconhecimento e valorização pelo trabalho que desempenham. É certo que nem sempre possuem qualificação profissional e escolar e, quando existe é tendencialmente básica e baixa, correspondendo a recompensas remuneratórias e salários igualmente baixos (Guimarães *et al.*, 2011).

Sendo a profissão de cuidadora formal de idosos, uma profissão à qual estão associadas poucas motivações externas, o que é que motivou as participantes desta investigação para esta atividade profissional?

É notória uma clara distinção entre as técnicas e as auxiliares, no que diz respeito ao surgimento da profissão de cuidadora formal de idosos nos seus percursos escolares e profissionais. As participantes que desempenham funções nos quadros técnicos tiveram desde cedo interesse por profissões associadas ao cuidado, como refere Matilde.

“A escolha do curso sempre foi direcionada para trabalhar com idosos. Sempre me senti vocacionada para trabalhar com idosos. Ao longo do curso os trabalhos que fiz e estágio sempre foi com idosos”. (Matilde, 26 anos, Técnica)

Matilde refere que sempre se sentiu “vocacionada para trabalhar com idosos” e por isso, optou por um curso académico que lhe permitisse aprender sobre esta população e trabalhar com a mesma. Já Joana, considerava ter mais capacidades para trabalhar com crianças, mas durante a sua licenciatura percebeu que o seu interesse vocacional era afinal a população idosa, a qual refere gostar muito, especialmente das pessoas com demência.

“Sempre achei ter mais capacidades para trabalhar com crianças e quando entrei no curso comecei a perceber que gostava de idosos. Foi uma coisa que foi acontecendo, não pensei gosto muito disto ou quero trabalhar com idosos! É uma população que eu gosto muito, principalmente de pessoas com demência moderada e avançada.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Ambas as técnicas, Matilde e Joana, são as participantes mais jovens cuja ligação à população idosa teve o seu impulso durante o percurso académico e as suas experiências profissionais enquadram-se unicamente nos cuidados formais a idosos. O trabalho em Lar de Idosos é, em ambos os casos, a segunda experiência profissional, sendo que a primeira de ambas esteve igualmente relacionada com o cuidado formal a idosos, mas noutra tipo de resposta social (SAD e Cuidados Paliativos, respetivamente).

A técnica Sofia refere que sempre quis trabalhar com populações especiais e que a área dos idosos é a que mais a apaixona, tendo em consideração outras experiências profissionais com outras populações. No seu discurso, Sofia expressa vontade em estar presente no cuidado formal a idosos por considerar ser necessário mudar algumas coisas.



“Eu sempre quis. Eu queria psicologia. Era assim a área que eu queria e depois fui parar à educação especial e, portanto, de alguma forma eu queria trabalhar com populações especiais. Comecei com a área da deficiência e a área dos idosos acabou por aparecer. É a área dos idosos que mais me apaixona e acho que é a mais necessária estar e mudar algumas coisas.”  
(Sofia, 40 anos, Técnica)

Por comparação entre técnicas e auxiliares, no que respeita ao percurso escolar e profissional as técnicas referem que o interesse em trabalhar na área do cuidado despertou desde cedo e as suas experiências profissionais traduzem isso mesmo. Por outro lado, encontramos duas auxiliares que nos seus percursos académicos optaram por áreas completamente divergentes à área do cuidado formal (Administração e Escriturária) mas acabaram por perceber que gostavam da prestação de cuidados a idosos através das suas experiências pessoais, enquanto cuidadoras informais.

“Dei comigo sempre rodeada de pessoas mais velhas que precisavam de ajuda e, portanto mais tarde refleti que o percurso já estava traçado mesmo antes de tomar a decisão.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

“Nunca me passou pela cabeça. Parece que a imagem da minha mãe está sempre presente.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

Tanto Rita como Leonor cuidaram de familiares e, salientam que esta experiência fez-lhes perceber que as suas opções académicas não iam de encontro com o que gostavam de fazer. Leonor contou que perante um convite para voltar às funções que desempenhava no anterior trabalho, preferiu continuar a ser cuidadora formal de idosos.

“Já me convidaram, depois de estar aqui no lar, para voltar [para a antiga profissão] e eu não aceitei” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

Comparando Rita e Leonor com as outras duas auxiliares, que não tiveram experiências de cuidado informal a familiares antecedendo o interesse pela área dos idosos vemos nos seus discursos que a profissão de cuidadora formal a idosos não estava nos planos e que acabou por surgir na procura de emprego.

“Surgiu num jornal.” (Lara, 32 anos, Auxiliar)

“Não por acaso nunca pensei. Trabalhava nas limpezas, fiquei desempregada e depois tirei um curso, tirei um curso disto [geriatria] e pronto, fiquei.”  
(Ema, 42 anos, Auxiliar)

As auxiliares Lara e Ema possuem habilitações académicas relativamente baixas (2º Ciclo do Ensino Básico e equivalência ao Ensino Secundário) e em ambas as situações o emprego em Lar de Idosos foi a opção que surgiu numa situação de desemprego. No caso de Ema, no decurso da entrevista revela que apesar de a escolha pelo cuidado formal a idosos ser algo sobre o qual nunca tinha pensado, gosta do que faz.

“Gosto. Se não gostasse, é assim eu sou sincera, não estava. Para estar nesta profissão tem que se gostar, senão não vale a pena.” (Ema, 42 anos, Auxiliar)

Lara, prefere dizer que “tem dias como tudo”, quando questionada sobre se gosta do que faz. Esta postura de Lara pode estar relacionada com o facto de a cuidadora formal de idosos trabalhar nesta área há cerca de 10 anos, e poder sentir-se “desgastada”, como refere mais a frente em entrevista.

“Sim, tem dias, tem dias como tudo, não vou dizer que sim” “Tem alturas que estou muito desgastada. Tem outros dias que não. Depende” (Lara, 32 anos, Auxiliar)

De facto o cuidado a idosos, sobretudo àqueles que se encontram em situação de dependência, é uma atividade diária desgastante e cansativa, acarretando alguns impactos na saúde física e/ou emocional na vida dos cuidadores (Rocha *et al.*, 2008). Quem opta pelo cuidado a idosos submete-se a condições físicas e emocionais de desgaste intenso, pois esta população merece especial atenção (Garbin *et al.*, 2010).

Contrapondo com a auxiliar Lara (que foi a única participante a não ser perentória ao afirmar que gosta do que faz), a auxiliar Rita (que é auxiliar há mais de 6 anos), apesar de admitir que o trabalho com idosos é cansativo, demonstra que a paixão pela profissão do cuidado prevalece sobre o cansaço, quando o que verdadeiramente importa é o outro.

“O trabalho com idosos é cansativo mas tem que se gostar do que se faz. O resto vai com o dia-a-dia e experiência com colegas e alguma formação. Eles precisam de muito carinho, calor humano, eles sentem quando uma pessoa gosta ou não gosta.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

De um modo geral, as técnicas superiores entrevistadas orientaram os seus percursos académicos e profissionais para áreas do cuidado formal, especialmente a idosos. Por outro lado, as auxiliares, sobretudo as que se encontraram em situações de desemprego, optaram pelo cuidado formal de idosos em lar por ser a opção mais viável

no momento. As outras auxiliares (Rita e Leonor) apesar de terem formações académicas em áreas distantes da área do cuidado descobriram posteriormente que tinham interesse pelo cuidado a idosos, após experiência pessoal de cuidado a familiares.

Quando o cuidado a familiar a idosos foi, em algum momento da vida das participantes, a escolha pessoal (como no caso de Rita e Leonor), que orientou a escolha profissional nota-se nos discursos destas duas participantes, que as motivações estão mais enraizadas e o gosto pelo cuidar de idosos não se limita aos afazeres diários de um lar, antes pelo contrário, estende-se às dimensões relacionais e emotivas, facilitando a prestação de cuidados, a adaptação dos idosos ao lar e a satisfação pessoal dos profissionais pelo trabalho realizado diariamente.

“O saber fazer é importante mas a relação humana é mais importante. Há idosos que não têm mais ninguém, a família deles somos nós” [...] “Quando temos uma relação com eles parece que estão mais a vontade. Os idosos tendo uma pessoa com quem possam falar ficam com mais confiança e tranquilidade. Alguns são muito ansiosos e nervosos e se tiverem com quem falar ficam mais tranquilos.” [...] “As pessoas precisam de nós!” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

“É um trabalho que se trabalha muito com as emoções. Nós apegamo-nos a eles e eles a nós e vamos formando uma família. É difícil para eles e para nós principalmente quando eles vão embora.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

Estas duas participantes reforçam nos seus discursos a necessidade e a importância da relação entre cuidador e pessoa cuidada na prestação de cuidados e na criação de laços de confiança que funcionam como mecanismos de tranquilidade e aludem às ligações familiares.

De facto, as relações criadas num lar, sejam com profissionais ou com outros idosos, onde os sentimentos de afeto e carinho sejam percebidos pelos idosos como positivos promovem a adaptação e o sentimento de pertença (Carvalho & Reis, 2011; Reis & Ceolim, 2007). Já Goffman (1974) considera essencial a construção de relações de confiança entre a pessoa institucionalizada e os cuidadores no processo de adaptação à realidade institucional.

#### 4.1.2 Características Pessoais das Cuidadoras Informais

De um modo geral, as principais características apontadas, tanto pelas técnicas como pelas auxiliares, relacionam-se com a dimensão humana, a disponibilidade emocional, a paciência, as capacidades comunicacionais e o gosto pelo que se faz. Parece existir uma tendência das auxiliares se centrarem em desenvolver os seus discursos em torno de dimensões do cuidado mais simples e práticas, pelo menos nas cuidadoras com menores habilitações escolares, como é o caso de Lara e Ema.

“Cuidadora e honesta. E trata-se bem os idosos.” (Lara, 32 anos, Auxiliar)

“Cuidar bem deles [idosos] e ser compreensiva.” (Ema, 42 anos, Auxiliar)

Comparando com o discurso das auxiliares Rita e Leonor, cuja motivação para o trabalho com idosos residiu numa experiência de cuidado informal a familiares, podemos observar que ambas valorizam aspetos inatos à pessoa cuidadora, recorrendo às noções de “natural” e “dom”.

“Gostar de idosos. Para quem gosta é tudo tão natural, para quem não gosta é muito penoso.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

“Acho que há pessoas que nascem com este dom. Como eu gosto, a coisa sai-me espontaneamente. Muita paciência e depois boa disposição porque má disposição têm eles, nós temos que tentar dar a volta. Ter educação e saber que as pessoas estão doentes. A conversa, acho que é fundamental, até pelas demências que eles têm, é importante dizer, dá a mão ou dá o pé, é melhor do que chegar lá e pegar.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

Além das auxiliares supracitadas, a jovem técnica Joana, que nunca cuidou de familiares refere igualmente a predisposição inata para o cuidar de idosos relacionada com a vocação e com a necessidade de se gostar do que se faz.

“Acho que acaba por ser um pouco inato.” [...] “Tem a ver com a vocação, se não se gosta é difícil. A comunicação é muito importante, não tanto pelo que se diz, mas a forma, a postura, o tom de voz.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Importa salientar ainda que tanto a auxiliar Leonor como a técnica Joana referem a importância do saber comunicar com os idosos na prestação de cuidados diários. Consideramos que o facto de as auxiliares Rita e Leonor salientarem que as características pessoais das cuidadoras são naturais ou dons, pode estar relacionado com a satisfação que sentem por terem cuidado dos seus familiares, de terem aprendido a prática do cuidado a idosos com base em relações com significados positivos e, talvez por isso, considerem importante gostar do que se faz. No caso da técnica Joana, a

referência ao termo “inato” pode estar relacionado com o facto de esta técnica ter vivenciado, na sua anterior experiência profissional em cuidados paliativos, a importância de se gostar do que se faz para que se consiga lidar com as pessoas que se encontram debilitadas e frágeis em diversas áreas da vida humana.

Também a técnica Matilde, refere a importância da dimensão relacional salientando a filosofia de cuidado da “Humanidade<sup>12</sup>”.

“Talvez guiar-me-ia pela questão da humanidade que é essencial quando se trabalha nesta área e pela disponibilidade, não de tempo mas emocional. Até que ponto aquela pessoa [cuidador] está disposta a dar-se ao outro [pessoa cuidada].” (Matilde, 26 anos, Técnica)

A par de uma prática assente na Humanidade, Matilde salienta como característica essencial do cuidado a idosos a “disponibilidade emocional”. Para esta técnica é importante perceber o quanto os cuidadores estão disponíveis a dar-se de si em prol da satisfação dos idosos institucionalizados. Do mesmo modo, Sofia, que não trabalha com Matilde refere que com o passar dos anos há uma tendência para os cuidadores perderem o que chama de “paciência”, mas que nos parece estar relacionado com a disponibilidade que Matilde menciona.

“É a paciência. Eu acho que à medida que os anos passam as pessoas vão perdendo a paciência da necessidade de tratar o idoso com toda a dignidade e, infelizmente isso acontece”. (Sofia, 40 anos, Técnica)

Sofia considera que no lar onde trabalha vai-se perdendo a “paciência”, disponibilidade para o outro e o encantamento/motivação, com passar dos anos na profissão de cuidador de idosos em lar. Mais à frente a mesma participante refere que esta desmotivação pode estar relacionada com a ausência de reforços positivos e motivacionais dos colaboradores e com o excesso de crítica aos mesmos.

“As funcionárias estão muito desgastadas e deve ser isso. Muito desgastadas muito desmotivadas e depois não fazem, eu acho que elas acabam por não ter muita culpa porque estão um bocado abandonadas, deviam estar mais acompanhadas, deviam saber mais o que fazer, deviam receber mais feedback positivo, só recebem feedback negativo.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

Como referimos no início deste capítulo, a motivação pelo que se faz é essencial para melhorar a qualidade dos desempenhos dos profissionais e,

---

<sup>12</sup> Ver [www.humanidade.pt](http://www.humanidade.pt).

consequentemente os níveis de satisfação pessoal (Perez-Ramos, 1990). Sofia, considera, portanto, essencial que os profissionais tenham paciência e perseverança para “tratarem os idosos com toda a dignidade”. A par desta característica Sofia valoriza igualmente a dimensão da relação humana, tal como todas as técnicas desta investigação.

“Acho que tem de ser uma pessoa muito meiga, muito compreensiva, muito paciente, disponível para aprender, com uma boa relação humana entre profissionais e colegas, mas o lado humano é fundamental.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

Consideramos que a técnica Eduarda, prefere dizer “delicadeza do trato” para valorizar a dimensão relacional entre cuidador e pessoa cuidada.

“O mais importante é a sinceridade dessa pessoa [profissional], a delicadeza do trato, a responsabilidade e a educação.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

De um modo geral, as técnicas que participaram nesta investigação parecem estar despertas para a necessidade de se gostar de trabalhar com idosos, de se saber comunicar com pessoas frágeis e doentes e, claro valorizar relações empáticas.

“A empatia é importante para tudo, estamos a trabalhar com o outro na prestação do cuidado.” (Joana, 23 anos Técnica)

É importante finalizar lembrando, que o cuidado informal a idosos é uma profissão cujo produto ou matéria-prima, como refere Goffman (1974) são pessoas e não objetivos. A técnica Matilde, com quatro anos de experiência, salienta que por vezes, as chefias procuram a eficiência em vez da qualidade, esquecendo-se que o trabalho num lar de idosos diz respeito a pessoas.

“Nunca podemos esquecer-nos que estamos a trabalhar com pessoas e as chefias gostam muito de números.” “Uns [dirigentes] querem resultados em números e outros [técnicos] querem resultados qualitativos.” (Matilde, 26 anos)

De facto, Matilde, ao dar com as mãos na mesa, parece indignada quando as questões da eficiência procuradas pelas chefias, prevalecem sobre um cuidado assente na filosofia da Humanidade. O mesmo autor supracitado, na sua teoria sobre instituições totais salienta que a eficiência e o tratamento humano tendem a estar em lados oposto (p.73), como sugere Matilde.

Em síntese, as participantes auxiliares, com baixa escolaridade, enumeram características mais simples de caráter prático. Já as técnicas, de um modo geral, estão despertas para a dimensão humana do cuidado formal a idosos. Importa mencionar que as participantes que viveram intensamente o cuidado a pessoas doentes e em fase terminal, como as participantes cuidadoras de familiares e a participante com experiência em cuidados paliativos, salientam que as características essenciais ao cuidado a idosos são “dons”, “ínatos” e “naturais” e relacionam-se com a paciência, disponibilidade e capacidades comunicacionais.

#### **4.1.3 A Formação e o cuidado a idosos**

Hoje, mais que outrora, assistimos a uma preocupação crescente no que respeita ao tema do cuidado a idosos, causado sobretudo pelo peso do envelhecimento na população, principalmente nos países mais desenvolvidos (Zelner, 2010; Guimarães *et al.*, 2011). Algumas formações têm surgido, a nível nacional com o fito de capacitar os profissionais do cuidado e melhorar a prestação de cuidados a idosos, principalmente o cuidado de caráter formal e institucional (CD, SAD e Lar de Idosos). Existem formações gerais em geriatria para pessoas em situação de desemprego e outras formações mais específicas, nomeadamente as formações relacionadas com as demências; com técnicas de cuidado e comunicação; gestão organizacional e de recursos humanos; manuais de boas práticas; etc.

Reis & Ceolim (2007) referem que a ausência ou a deficiente formação podem contribuir para tratamentos inadequados, dificuldade em compreender o idoso e “anulação”, por parte do cuidador, do autocuidado e autonomia do idoso (p. 58). Em entrevista, o discurso da participante Sofia salienta como a prestação de cuidados no lar em que trabalha invade a autonomia dos idosos e os torna mais rapidamente dependentes.

“Eu continuo a lutar para que as pessoas fizessem a sua própria cama, tomassem banho. Acabam por, muito depressa, com a colocação de uma fralda, muito depressa estão-lhe a dar banho, a vestir. O fazer a cama é uma atividade física, o calçar as meias, e ao fazer isso por elas, acabam por não ajudar mesmo e depois é o tempo. Como leva mais tempo fazemos tudo por eles, inclusivamente pô-los numa cadeira de rodas e ir com eles para o refeitório.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

De acordo com as reflexões dos autores supracitados, o discurso de Sofia é um exemplo da falta de preparação dos colaboradores dos lares e, que podem ser melhoradas com a mentalização das pessoas sobre o respeito pelo ritmo e necessidades secundárias dos idosos institucionalizados. A participante Ema reforça que é conveniente que todos os profissionais do cuidado na área dos idosos tenham formação em geriatria.

“Acho que é importante ter formação, as pessoas que querem andar nesta profissão convém tirar esta formação” [Cursos de Geriatria]. (Ema, 42 anos, Auxiliar)

Em Portugal, o reconhecimento e a profissionalização dos cuidadores de idosos está associada a cursos de cariz geriátrico, num nível mais básico e a áreas da ação social, sociologia, psicologia, enfermagem/medicina, fisioterapia, política social e gestão de recursos humanos nos níveis intermédios e superiores. Como vimos anteriormente, é importante que os cuidadores formais estejam motivados para o trabalho com idosos e tenham empatia e “disponibilidade emocional” para a prestação de cuidados, desde os mais básicos e explícitos aos mais complexos e implícitos. Para isso, além da formação inicial de cada colaborador, é considerado importante a existência de formação contínua.

“É um grande défice, acho que é preciso apostar muito nisso [Formação Contínua]. Tenho sentido cada vez mais. É também um grande papel meu, batalhar com isso, no sentido de que as pessoas nem sabem comunicar com as pessoas que tem demência, nem compreendem a doença e, conseqüentemente não conseguem reagir perante as situações. É uma coisa muito importante para investirmos para se melhorar a qualidade do atendimento.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Joana, enquanto técnica superior, considera que se deve apostar na formação contínua dos colaboradores, principalmente no que diz respeito à compreensão de patologias e aos modos de lidar com as mesmas. A preocupação em prestar serviços de qualidade surge associada à necessidade de manter os colaboradores despertos para os problemas e necessidades dos idosos, respeitando a individualidade de cada um.

Eduarda salienta, também, a importância da Formação Contínua na melhoria das respostas e refere que os próprios profissionais a valorizam. Considera que hoje as pessoas dirigentes estão mais despertas para as necessidades de formação dos seus colaboradores, uma vez que as instâncias estatais exigem a existência de formação contínua.



“É muito importante, fundamental. Para o dia-a-dia é muito importante. Os profissionais valorizam bastante... Acho que as pessoas estão mais despertas pois têm que prestar contas sobre isso [Formação Contínua dos colaboradores] e nós vemos uma grande necessidade em dar boas respostas.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

Além da Eduarda, também Sofia reforça a obrigatoriedade da formação contínua nas instituições prestadoras de cuidado, mas refere que isso nem sempre acontece.

No seu discurso, Sofia propõe a realização de ciclos internos de formação entre técnicos e auxiliares e sente pena por não se investir mais na formação dos profissionais do cuidado.

“Acho que devia ser obrigatória, supostamente é, mas nem sempre se cumpre mas devia haver mais esse cuidado. Eu acredito na formação. A formação é essencial, acho que há quem não ache que seja essencial, não sei não percebo o porquê. Mas eu acho que é essencial e que devia haver mesmo sem ser a formação base delas. Dentro da instituição todos os anos se devia fazer sempre, sempre, e sempre, ou interna e, eu acho que nós temos técnicas suficientes para poder organizar e oferecer, apesar de ser difícil por sermos nós por questões profissionais onde já há uma relação de confiança, mas há muita oferta e acho que é uma pena não se investir nisto.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

A formação contínua sobre o cuidado a idosos pode ser administrada internamente nos lares, pelos técnicos com Certificado de Aptidão Profissional, que os habilita a partilhar conhecimento da sua área de formação académica. Pode ser contratada e administrada por técnicos exteriores à instituição e, pode ainda, depender da vontade de cada pessoa em aprender mais e procurar por si próprias formações nas áreas em que sente mais dificuldade e/ou interesse, como é o caso de Leonor.

“Seria importante ter formação contínua sobretudo sobre as demências. Quanto melhor estivermos informados, melhor tratamos as pessoas. Tenho dificuldade em perceber-las, principalmente os que têm demência, porque quero chegar a eles e não consigo, parecem que estão alheios.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

De facto, em entrevista com Leonor o seu tom de voz preocupado demonstra a sua inquietação quando não consegue “chegar” às pessoas que sofrem de demência durante a prestação de cuidados e sente necessidade de formação nessa área. Perante a dificuldade desta auxiliar, os dirigentes do lar onde Leonor trabalha optaram por partilhar informação sobre o tema das demências através de brochuras como referiu a participante: “ Dão-nos algumas brochuras” (Leonor, 56 anos, Auxiliar).

A participante Rita partilhou a indignação que sente pelo facto de os governos em Portugal terem, ao longo dos anos, descurado a profissão do cuidado a idosos e refere que se poderia tomar como exemplo os países onde a formação inicial e contínua destes profissionais é promovida e maioritariamente financiada pelo estado.

“Devia de existir mais formação, principalmente ao nível do Estado, devia de haver formação estatal porque a que existe é muito cara e isso desincentiva a formação pessoal e a especialização. O nosso país ainda não vê a nossa profissão como uma profissão realmente necessária e muito útil, porque todos vamos precisar dela. Em Portugal só quem está no desemprego é que tem formação, mas pelo que ouvi dizer é tão básica que continua a não ter saída para o mercado. A mudança tem de vir dos governos, eles tem exemplos do estrangeiro, mas não sei qual poderá ser o clique para os governos portugueses investirem nisto [formação]. Quando estive lá fora tive formação que era paga sobretudo a nível camarário.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

De facto, à medida que os anos passam e as doenças e incapacidades se agravam causando perda de autonomia, a necessidade de apoio de terceiros para satisfação de necessidades torna-se emergente, pelo que é de todo relevante que os profissionais do cuidado tenham formação específica (Reis & Ceolin, 2007).

De um modo geral, todas as participantes consideram importante e necessária a existência de formação para os profissionais do cuidado a idosos. Duas participantes (Joana e Sofia, técnicas) referem que a formação contínua dos cuidadores é um grande défice e, por isso consideram que os dirigentes deveriam apostar e investir mais nesta área. As auxiliares Leonor e Ema sentem necessidades de formação e referem que convém terem formação na área geriátrica.

A auxiliar Rita sente-se indignada com o facto dos governos em Portugal não valorizarem nem reconhecer a profissão de cuidador de idosos e de não investirem convenientemente neste domínio. Torna-se portanto, necessário lutar pela profissionalização dos empregos do setor do cuidado, através da implementação e adequação de políticas de cuidado a idosos, que devem partir do Estado (Guimarães *et al.*, 2011).

## 4.2 Viver num Lar de Idosos

### 4.2.1 As Causas da Institucionalização

O tema da institucionalização dos idosos em lar tem suscitado maior reflexão e preocupação no que respeita aos motivos da integração e às vivências diárias em lar. Cada caso é um caso, com especificidades próprias que motivam a ida para um lar. Como analisámos no capítulo 2, estas razões podem ser internas ou externas. Implícitas ao idoso, como por exemplo as doenças e incapacidades físicas para realizar suas tarefas autonomamente ou externas ao idoso, se bem que relacionadas, como a incapacidade da família prestar cuidados ou a incapacidade das respostas sociais alternativas ao lar.

Sendo a integração em lar algo que não deve ser realizado contra a vontade do idoso e, tendo em conta as listas de espera para integração dos mesmos, o que leva alguém à institucionalização? Quais são as razões/situações que definem que está na altura de ir para um lar, em detrimento de ficar num ambiente afetivamente mais conhecido? De um modo ou de outro, as participantes focam, em algum momento do seu discurso, a família enquanto motivo para a institucionalização de idosos, principalmente pela falta de tempo ou capacidade para cuidar, como afirma Lara.

“Ou [as famílias] não sabem tratar, ou não têm tempo.” (Lara, 32 anos, Auxiliar)

A auxiliar Leonor revela no seu discurso a vontade dos idosos permanecerem “no cantinho” deles. Associa a institucionalização há existência de algum problema que obriga a família a organizar-se para cuidar do idoso e, por motivos de organização familiar optam pela decisão de integração em lar.

“As pessoas que vêm para o lar é porque tem algum problema e não podem estar em casa, porque se tivessem bem, ficavam em casa no cantinho delas. Vir para um lar é decisão da família, é mais fácil para se organizarem, principalmente em termos de horários. Há famílias que não têm mesmo disponibilidade.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

Dada a sua experiência em cuidar de familiares, Leonor compreende que existem famílias que “não têm mesmo disponibilidade” para cuidar dos seus idosos e, talvez por isso, seja perentória ao referir que “vir para um lar é decisão da família”. A técnica Sofia, também cuidadora informal de um familiar que optou pela integração em lar, é igualmente perentória ao afirmar que a família é o principal motivo da integração de idosos.

“Família, é a família que, acaba por ser. Por não haver resposta para mantê-los em casa. Aqui há muita gente que entra e que se vê que foi opção dela e que vem com vontade e consegue fazer uma boa integração. Mas eu acho que são exceções.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

A auxiliar Rita, também cuidadora informal de familiares, salienta a existência de vulnerabilidades (doença) que precedem a necessidade de cuidado e compreende as dificuldades emocionais e práticas que os familiares sentem quando têm que lidar com a doença e com a degradação dos seus idosos.

“Doença, ambiente familiar porque às vezes as pessoas não conseguem lidar com a doença e não conseguem olhar a degradação do idoso, outros não sabem lidar com a prática física do cuidado aos idosos e com as emoções. O ritmo frenético da vida porque as famílias não têm estrutura nem horários para cuidar dos idosos.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

Tal como concluem Garbin *et al.* (2010) e Neves (2012), nas suas investigações com cuidadores formais, existe sempre algum tipo de vulnerabilidade/fragilidade a preceder a necessidade de cuidados informais e, posteriormente, formais. Na maioria, os cuidados informais ou não existem, são insuficientes ou incapazes de corresponder satisfatoriamente à prática do cuidado diário a idosos e, por isso, os familiares são levados a institucionalizar os seus parentes mais velhos, para que lhes sejam prestados cuidados diários e minimamente adequados.

Tanto a Leonor como a Rita fazem parte das famílias que se organizam de modo a conseguir prestar os cuidados que os seus familiares necessitam, podendo conciliar o cuidado informal com cuidado formal como os CD e os SAD. Nestes casos, alguns idosos sentem-se como um fardo para os seus descendentes, que têm as suas vidas atarefadas e atribuladas e decidem optar pela institucionalização, desresponsabilizando-os da sua tarefa de cuidado informal, como referem as seguintes técnicas.

“Em geral as pessoas vêm para o lar para não dar trabalho à família, desresponsabilizar a família, para os deixar menos preocupados. Se procurarem [o lar] por si próprios, essa é a principal razão.” (Matilde, 26 anos, Técnica)

“A maioria não vem por vontade própria apesar de poder dizer que sim. Diz que sim porque sente que é um peso, porque quer aliviar [a família]. No fundo não queriam vir, e nota-se a tristeza das pessoas. Pronto, depois entregam-se a isto, não questionam, não exigem muito.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

Sofia, além de reforçar que a maioria dos idosos está num lar para aliviar a família da prestação de cuidados, salienta a tristeza das pessoas que se encontram nesta situação. Eduarda refere mesmo que há idosos que são forçados a ir para um lar, por ser o mais viável para a família. Apesar de alguns idosos sentirem esta fase de um modo negativo, há alguns que acabam por adaptar-se e gostar da vida num lar.

“Por vezes não têm outra solução, acabam forçados a vir experimentar. Penso que o estar sozinho e não quererem viver com os filhos. Alguns podem ser pressionados pela própria família. Alguns idosos até veem isso [integração em lar] duma maneira tão negativa. O ideal não é o lar, mas é o mais viável por causa das necessidades dos filhos, que estão a trabalhar. Há idosos que entram a relutar mas começam a adaptar e se soubessem que era assim, vinham mais cedo.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

Joana refere de forma sucinta três razões que fundamentam a institucionalização de idosos em lar: problemas de ordem familiar, social e económica.

“Exaustão dos cuidadores; falta de recursos sociais; Falta de recursos económicos.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Transversalmente, as participantes focam de algum modo, a família como a principal razão para a institucionalização de idosos. Seja por exaustão dos cuidadores, incapacidade, desorganização familiar ou para desresponsabilizá-la da sua função cuidadora. É certo, que muitas famílias sentem que não são reconhecidas, apoiadas e nem valorizadas pelo cuidado prestado aos seus idosos (Garbin *et al.*, 2010; Guimarães *et al.*, 2011). Apenas os seus ascendentes agradecem pelo apoio que lhes prestam. Mas importa lembrar que nem sempre as relações familiares entre descendentes e ascendentes são isentas de atritos e tensões, para não falarmos dos conflitos entre laços fraternais com a distribuição de heranças e responsabilidades.

Pedreia & Oliveira (2012) salientam a união familiar como um preditor positivo na prestação dos cuidados informais. Quando os laços existentes são estreitos e de entreajuda as famílias olham positivamente para a prestação de cuidados e experienciam sentimentos satisfatórios (Karsch, 2003). Apesar de algumas participantes considerarem a família como principal razão da institucionalização, há famílias que cumprem suas funções de cuidado informal, perpetuando um apoio misto aos idosos (*idem*).

Como principal reflexão sobre o cuidado na velhice podemos dizer que o mesmo cabe ao Estado e aos familiares, numa primeira fase da situação de

incapacidades, os cuidadores informais conseguem assegurar cuidados sem recorrer ao cuidado formal disponibilizado pelo Estado e privados; numa segunda fase as famílias prestam os cuidados que conseguirem, conciliando com os cuidados formais e, por fim, numa terceira fase os cuidadores informais, por exaustão, incapacidade ou indisponibilidade entregam os seus parentes mais velhos exclusivamente aos cuidados formais (idem).

#### **4.2.2 Vantagens e Desvantagens da Vida em Lar**

Quando pensamos na institucionalização de idosos devemos lembrar que existe um período de adaptação, cujo tempo e qualidade da mesma dependem das causas e circunstâncias que culminaram na integração em lar. Como vimos acima, as situações que antecederam a institucionalização na sua maioria prendem-se com situações de doença/incapacidades do idoso, com a qual a família não se sente preparada para prestar cuidados ou está exausta. De modo, a analisar as implicações da institucionalização de idosos em lar, na opinião dos profissionais procuramos, no momento das entrevistas, saber o que pensam as participantes desta investigação sobre as vantagens e desvantagens de uma vida em lar.

“Eu acho que não tem [vantagens]. Poderia ter. Eu acho que se a oferta fosse feita de outra forma. Para já, acho que deviam manter as pessoas mais autónomas. Eu acho que o lar tira logo a autonomia das pessoas. Eu acho que acaba por... Toda a gente se centra muito nas necessidades básicas. Eu acho que se tiver lavado, de barriga cheia, confortável e quentinho que está bom. E eu não acho que é isso que os idosos procuram. Acho que falta tudo o resto, relação humana! Eu acho que é o não fazer o que se quer. Em nossa casa a gente faz o que quer. É um choque muito grande para eles. Há hora que se quer e da forma que se quer. E podia haver um bocadinho mais de respeito pela parte do lar, supostamente gosta de ver tv, gosta de se deitar tarde. O lar faz isso tudo [aquando da admissão procura saber o que os idosos gostam de estão habituados a fazer], mas depois na prática se for uma pessoa que precise de ajuda já se vão importar se a pessoa gosta de ver todas as novelas da TV. Vamos pô-la na cama porque todas as pessoas vão para a cama.”  
(Sofia, 40 anos, Técnica)

Esta participante apresenta no seu discurso uma imagem completamente depreciativa da vida em lar, pela experiência que possui no lar em que trabalha ou pela sua própria experiência pessoal, aquando das visitas diárias que fazia a um familiar institucionalizado. Sofia, num tom crítico, denuncia que os lares não atendem às vontades e aos desejos dos idosos e não promovem a autonomia e independência dos

mesmos. Salienta que a preocupação dos lares se centra demasiado nas necessidades humanas básicas e descarta as necessidades de realização e satisfação pessoal.

A promoção do eu, da autonomia, da autoestima e a satisfação de necessidades pessoais e de realização supostamente são tidas em consideração pelos lares, no momento da admissão mas, no dia-a-dia de um lar isso nem sempre é valorizado como a técnica Sofia exemplificou. É certo que há idosos que pelas suas condições físicas e cognitivas necessitam de apoio para satisfação de necessidades e, são estas pessoas que sentem a sua liberdade condicionada pela necessidade de apoio de terceiros.

De acordo com Sofia, o lar poderia ter vantagens se o seu modo de funcionamento fosse diferente. De facto, atendendo a Goffman (1974) as instituições que visam um internamento, possuem “tendências de fechamento” (p.16) e resumem-se a um tratamento igual para todos os seus utentes, obrigando pessoas *sui generis* a realizar as mesmas rotinas dia após dia, implicando obviamente a diminuição da liberdade pessoal e invasão o seu espaço íntimo, como reforçam também as seguintes participantes.

“Eu acho que num lar uma pessoa fica presa. Fica sem a liberdade de sair, e depois, ser outra pessoa a fazer a nossa higiene, acho que é um bocado complicado. Acho que perdemos um bocado a nossa liberdade.” (Ema, 42 anos, Auxiliar)

“A principal desvantagem é o facto do respeito do nosso espaço, da nossa privacidade, do nosso quarto, das nossas coisas, dos nossos bens, mas também do nosso corpo.” (Ema, 42 anos, Auxiliar)

O tratamento igualitário para todos os utentes, a invasão dos espaços privados e íntimos e a sensação de solidão são igualmente apontados por Reis & Ceolim (2007) como algumas das desvantagens da integração de idosos em lar. Além destas desvantagens, Goffman (1974), na sua reflexão sobre instituições totais, como é exemplo dos lares de idosos, elucida-nos para alguns aspetos que são considerados e sentidos pelos utentes como perdas significativas com a institucionalização, nomeadamente a perda de pertences com significado emocional; a retirada de um espaço conhecido para outro desconhecido e partilhado; uma certa rutura com o exterior e, a conseqüente perda de identidade, principalmente quando não existe promoção da autonomia e satisfação de vontades pessoais.

Ainda assim, há profissionais que pensam que a integração em lar, apesar de ser triste é em alguns casos o mal menor, assumindo-se como vantajoso nas situações de isolamento e exclusão social.

“Pelo menos não tão na rua. É muito triste vir para um lar, mas pelo menos não tão na rua.” (Lara, 32 anos, Auxiliar)

Mazza & Lefèvre (2004) salientam a importância das instituições como “lugares de proteção e cuidado” para idosos que estão sós (p.71). De facto, considerando que os Lares de Idosos, sobretudo os que possuem acordos de cooperação com o Instituto da Segurança Social, desempenham um papel importante no combate às vulnerabilidades e exclusão sociais, a auxiliar Lara refere que apesar de ser triste ir para um lar, é vantajoso principalmente nas situações de pobreza extrema e ausência de redes de suporte que conduzem a situação de mendicidade e de sem-abrigo (Albino-Borba & Mata-Lima, 2011).

Outras participantes, tanto técnicas como auxiliares referem o “descanso das famílias” e o facto de num lar os idosos nunca estão sozinhos como as principais vantagens da vida num lar, em detrimento da uma vida no domicílio, sobretudo nos casos de perda de autonomia (física e/ou cognitiva).

“O descanso que os familiares têm em saber que o idoso está cuidado, acompanhado e não lhe falta nada. Nós damos carinho, amor, não é igual ao filho. No lar nunca estão sozinhos e têm sempre com quem conversar.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

Eduarda refere que no lar onde trabalha não falta nada aos idosos que se encontram institucionalizados e, por isso familiares ficam descansados, quanto ao cumprimento indireto das suas funções de cuidado. Apesar de acarinharem os idosos institucionalizados, Eduarda reconhece que o amor que lhes dão não é igual ao de um filho, mas que é sempre melhor do que estarem sozinhos nos seus domicílios. A par do descanso das famílias pela existência permanente de equipas auxiliares e, do facto de os idosos muitas vezes sentirem-se sozinhos em suas casas, a promoção de convívio e ocupação em grupo são apontados como vantagens que um lar oferece aos seus utentes, pela auxiliar Leonor.

“Pelo menos as famílias estão descansadas, têm alimentação, têm médicos, auxiliares 24horas. O lar em muitos casos dá bem-estar porque, muitas vezes em casa estão sozinhos, no lar não se sentem sozinhos. Acho que o lar oferece vantagens, embora haja muita gente que é contra os lares. Há pessoas



que não gostam de lares porque há lares bons e menos bons e, inevitavelmente o que é mau prevalece sobre o que é bom. [Têm a] Ocupação deles, alimentação, tem atividades de ginástica, não se isolam tanto, convivem. Se tivessem em casa, não estavam a fazer nada. Muitos sentem as atividades como o trabalho e isso é bom porque sentem que estão vivos.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

Leonor considera que o lar oferece vantagens e promove bem-estar na vida dos idosos, apesar de reconhecer que existem pessoas que “não gostam de lares” e que existem lares “menos bons”. Esta auxiliar conclui a sua reflexão sobre as “vantagens /desvantagens” de um lar exaltando a importância da “ocupação” e do desenvolvimento de atividades promovidas num lar, como um elemento de realização e valorização pessoal dos idosos. Já Garbin *et al.* (2010) salientam que a participação e o gosto por atividades em grupo trazem sentido à vida. Se para alguns idosos, este for o escape e modo de encarar a vida num lar, de facto é uma vantagem/ um incremento positivo que os lares podem trazer às vidas dos seus idosos. A auxiliar Rita considera que a partir de uma certa idade as pessoas nunca deveriam estar sozinhas e que, dada a ausência de respostas sociais de carácter temporário, como os CD, é preferível os idosos estarem em lares do que sozinhas em casa.

“Se os lares são geridos em prol do utente há todo o benefício das pessoas não estarem isoladas e sozinhas em casa. O ideal seria que as pessoas nunca estivessem sozinhas a partir de uma certa idade. Convinha existirem mais Centros de Dia que fariam o encaminhamento e não se caísse em estados críticos. Acho que é bom para eles, pois tem uma equipa técnica, já para não falar de nós que cuidamos deles, tem o acesso da família. O lar quebra o isolamento, pois conversam connosco, conversam com os outros e têm atividades. Acho que há todas as vantagens, os lares mudaram muito e as maneiras de trabalhar, há maior aproximação às famílias e dá qualidade de vida para os idosos.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

Rita, tal como Leonor, refere igualmente que os lares oferecem qualidade de vida aos idosos porque têm atividades e nunca estão sozinhos. Salienta a importância de os lares serem geridos em prol dos utentes para que o benefício para os utentes seja mais significativo. A importância da relação entre a família e o lar é referida como uma vantagem e como a mudança que se tem verificado nos lares, afastando-os cada vez mais dos albergues de outrora para os idosos sem qualquer rede de suporte. Anteriormente, Rita partilhou que a incapacidade da família na prestação de cuidados informais está relacionada com as motivações da integração de idosos em lar e, por isso, é importante que esteja presente no decurso da vida do idoso em lar.

A técnica Matilde, que não trabalha no lar de Rita, valoriza igualmente a presença da família no processo de envelhecimento num lar, evitando a associação dos lares à noção de “depósito”. Tal como Goffman (1974) refere as instituições que visam o internamento permanente dos seus utentes, parecem funcionar como “depósito de pessoas” (p.69).

“Envelhecer num lar pode ser bom, desde que esse envelhecimento seja acompanhado pela nossa família. Aqui nós procuramos promover o envolvimento da família porque não queremos aquela ideia de depósito, que as pessoas ficam aqui sozinhas. O lar tira-nos responsabilidade: ir às compras para nos alimentarmos, ir marcar consultas para ir ao médico, e liberta-nos para outras coisas. Isso acaba por ser uma vantagem. Acaba por ser bom, porque assegura aquelas grandes preocupações para irmos a natação, para irmos a espetáculos, mas é importante que a família esteja lá. Quando a família não está presente é difícil motivar o idoso.” (Matilde, 26 anos, Técnica)

Como vimos no capítulo 1, os albergues e asilos funcionavam como depósito de pessoas doentes e socialmente excluídas. Ao longo dos tempos os lares foram demarcando-se desta imagem e hoje procuram dissociar-se completamente da mesma através de uma maior aproximação às famílias como referem a auxiliar Rita e a técnica Matilde. Na opinião desta técnica, o lar oferece a vantagem de libertar os idosos para a concretização de interesses pessoais e atividades, uma vez que assegura a satisfação das necessidades básicas. Além de reforçar a importância do acompanhamento da família na vida do idoso no lar, Matilde considera que é mais fácil motivar os utentes para o desenvolvimento de outras atividades quando têm por perto os familiares.

Joana é mais uma participante que enuncia vantagens do lar a partir do ponto de vista das famílias. De um modo muito particular, esta técnica considera vantajosa a integração de idosos em lar, sobretudo nos casos em que as famílias se sentem desconfortáveis com a degradação dos seus entes idosos.

“Oferece cuidados que muitas vezes as famílias, pensam que não tem capacidades de rotinas ou emocionais. Eu acredito que é incrivelmente difícil, porque quando há uma relação familiar deve ser difícil ver o outro a ficar doente e a precisar. É um peso muito grande para a família ver o outro a regredir, e a prestação de cuidados é invadir a privacidade. A imagem que tínhamos daquela pessoa muda. O lar oferece esses cuidados sem invasão dessa imagem. Como desvantagem, vejo muitas famílias a sentirem culpabilizadas por não conseguirem cuidar. Também há o estigma, porque acabam por recorrer [à institucionalização em lar] por necessidade. A prestação de cuidados é muito difícil de fazer enquanto família.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Talvez pela experiência profissional que possui na área dos cuidados paliativos, Joana acredita que “é incrivelmente difícil” ver o outro a adoecer e a regredir. Neste sentido, as famílias que não se sentem capazes de prestar cuidados informais optam pela institucionalização, sofrendo por vezes pressões e estigmas por tê-lo feito, mesmo com o consentimento dos institucionalizados. Ao contrário do que o cidadão comum faz, culpabilizando as famílias que optam pelos cuidados formais, esta técnica reconhece que a prestação de cuidados a parentes idosos é difícil e invasiva. Na sua opinião, a institucionalização em lar oferece os cuidados que estas famílias não conseguem prestar, permitindo às famílias preservarem a imagem que possuem dos seus familiares idosos. De um modo geral, os discursos das entrevistadas permitem confirmar a hipótese de trabalho que postulava uma visão mais positiva da vivência em lar, por parte dos profissionais que salientam como aspetos positivos/vantagens as relações e o convívio que a vida no lar promove. Apenas uma participante considera que o lar não possui vantagens.

#### **4.2.3 As desejadas Visitas**

Com o aumento da EMV há uma tendência para a prevalência de doenças crónicas e processos demenciais (Putnam & Stark, 2006) para os quais as famílias, na sua maioria, não se sentem preparadas do ponto de vista emocional, organizacional e laboral, como referem algumas auxiliares e técnicas. Como já mencionámos no capítulo 2, no século XXI a família ainda é percecionada, principalmente pelos idosos como a principal fonte de cuidado na velhice, como retribuição pelos cuidados parentais que lhes foram prestados (Guimarães *et al.*, 2011). Acontece que as famílias, principalmente as mulheres (que continuam a ser as principais cuidadoras informais na velhice), desempenham na sociedade diferentes papéis, relacionados com a sua inserção no mercado de trabalho e emancipação conjugal, o que provocou alterações nas estruturas familiares (Karsch, 2003). A prestação de cuidados informais na velhice, sobretudo nas situações de maior dependência e demência torna-se difícil de conciliar com a vida familiar e, conseqüentemente a institucionalização em lar é uma solução que garante cuidados e bem-estar aos idosos (Mazza & Lefevré, 2004).

Como vimos no ponto anterior, algumas das participantes concordam que o lar oferece vantagens, mas consideram relevante a presença dos familiares no processo de

envelhecimento dos idosos em lar uma vez que facilita a adaptação e promove o envolvimento e satisfação pela vida.

No que respeita à relação existente entre a família e o idoso após a institucionalização em lar, parecem existir opiniões divergentes entre as participantes desta investigação, que podem estar relacionadas com o nível de formação que possuem. De um lado, temos as auxiliares que partilham a opinião de que a família deveria visitar mais os idosos, porque é benéfico para o bem-estar emocional dos idosos e melhora a sua adaptação e qualidade de vida.

“Eu acho que é importante essa parte da família, pelo menos nem que seja uma vez por semana. Mas há casos que nunca vi cá ninguém, só amigos ou assim. Não sei se não tem família.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

“A ausência da própria família, porque sabe que eles estão bem. Também dificulta a adaptação pois eles sentem-se abandonados. Mesmo os que têm alguma demência eles sentem. Nós somos seres afetuosos por natureza.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

Tanto Leonor como Rita enumeraram o “descanso das famílias” como vantagens dos lares. Mas, estas cuidadoras formais, e outrora informais, reforçam a importância das visitas dos familiares, uma vez que a ausência dos mesmos dificulta a adaptação dos idosos à realidade institucional e faz com que eles se sintam abandonados. Podemos dizer que estas duas auxiliares, pela experiência de cuidado informal que tiveram, compreendem a dificuldades das famílias na prestação de cuidados e, por isso, consideram vantajosa a existência de lares para assegurar esses cuidados, mas sabem da importância que a família representa para os idosos institucionalizados.

Do outro lado, temos técnicos superiores que, posicionando-se do lado de algumas famílias, salientam que ver a velhice nos idosos é uma situação difícil.

“É um caso dúbio, porque por um lado, podemos estar a batalhar para as famílias virem visitá-los [os idosos] todos os dias, mas por outro lado, não conhecemos a realidade da família por completo. Eu acho que deve ser um sofrimento tão grande ver a degradação. Obvio que não desculpa, as pessoas não deixam de gostar, mas cada um tem a sua forma de reagir ao processo de envelhecimento. Mas deve ser difícil ver aquela mãe que era professora ativa e que agora não consegue responder, reagir à visita. Deve ser difícil ver isso. Venho aqui fazer o quê, ela não responde? Para os idosos é importante ter a família perto, mas por outro lado, também percebo as famílias. Não se pode julgar tão facilmente as famílias. Há muito sofrimento por de trás.” (Joana, 23 anos, Técnica)

De facto, Joana permanece coerente considerando que as visitas da família ao lar são importantes mas, do mesmo modo que a prestação de cuidados realizada pelo lar conserva a imagem que a família tem do seu familiar idoso a não-visita pode ser uma forma de proteção da própria família perante o sofrimento que sente ao “ver a degradação”. Sobre a postura desta profissional consideramos que a vivência com a doença e com a fase terminal da vida, no seu anterior trabalho, a despertou para o sofrimento e dor que os familiares sentem ao ver o idoso perecer gradualmente.

A técnica Sofia, tal como a técnica Joana, considera que não é fácil para a família, visitar um idoso que “muitas vezes não fala”. No ponto anterior, Sofia referiu que os lares “não têm vantagens” e no próximo trecho da entrevista com Sofia, esta técnica revela que os lares não são propriamente espaços agradáveis para visitas, e que as famílias não são motivadas a visitar os idosos institucionalizados.

“Eu acho que depois também há pouco contacto com a família. Eu acho que depois também as famílias não vêm porque. Não são mal recebidas, mas também não são bem recebidas. É um bocadinho “*Lá vêm estes chatear*”. Se é uma família exigente e começa a pedir: “*Que chata! Já tá a querer meter-se muito*”. Se vêm e não diz nada “*também não querem saber*.” E depois [as famílias] veem o idoso, está ali, muitas vezes não fala. O que é que motiva um familiar vir nestas condições? Não motiva. E depois o que há à volta? Porque as pessoas não estão habituadas. Isto é um ambiente um bocado pesado: são pessoas a gritar, são pessoas a chorar, a cair. Não é fácil, não podemos apontar os dedos aos familiares, não é fácil. Lá está, eu acho que devia haver mais atividades a puxar e chamar os familiares a conviver, mas também oferecer um ambiente mais saudável e haver uma sala para as pessoas poderem estar mais sossegadas e não estar no meio da sala. Agente tá habituada a isto, mas quem não trabalha aqui, não é fácil. O que vê não é bom, não cheira bem. Há muitos velhotes abandonados. E é verdade. Sabemos que é verdade. (Sofia, 40 anos, Técnica)

É notório no discurso de Sofia, a postura do lar onde trabalha face às visitas dos familiares. Em primeiro lugar, como Sofia exemplifica, qualquer que seja a postura que a família assuma perante o lar, os profissionais criticam. Se visitam é porque “vêm chatear”; se é uma família que exige/procura saber como estão as coisas “já tá a querer meter-se muito”; se não visitam é porque “não querem saber”. Em segundo lugar, não motivam os familiares a visitar os idosos institucionalizados. Sofia sugere que as famílias “não são bem recebidas” e que o lar deveria promover atividades que chamassem a atenção dos familiares para a importância do convívio com os idosos institucionalizados. Mas, e em terceiro lugar, considera imprescindível a existência de “um ambiente mais saudável” e de “uma sala para as pessoas poderem estar mais sossegadas”.

Sofia conhece a realidade institucional, através da sua larga experiência profissional (15 anos) no cuidado formal a idosos e, também nas visitas que fez a um familiar institucionalizado e, por isso, refere que não é fácil para os familiares visitarem os idosos, nos lares que se posicionam desta forma perante as visitas. Na sua opinião, é uma realidade onde o que se “vê não é bom, não cheira bem” e, talvez por isso refira que não é fácil apontar o dedo aos familiares. Embora seja solidária com a dificuldade/incómodo que as famílias sentem nos momentos da visita, Sofia termina admitindo que há muitos idosos abandonados nos lares.

Ainda a respeito das desejadas visitas familiares ao lar, pelo menos pela parte dos idosos institucionalizados, o discurso de três técnicas participantes nesta investigação conduziram-nos a uma questão que é de todo relevante focar. Goffman (1974) salienta que as instituições de carácter permanente tendem a ser espaços fechados e a controlar o acesso ao exterior e vice-versa. A existência de horários e o facto de o lar não ser um espaço completamente aberto são apontados por Sofia como obstáculos à visita nos lares.

“Se nós pensarmos que o lar é a casa do idoso, a casa do idoso não tem horário para receber visitas. Obviamente que não vamos aparecer antes das 9h da manhã e depois das 10h da noite, há um bom senso. A verdade é que se deveria ter muito mais as portas abertas.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

Sofia considera que não deveriam existir horários de visitas nos lares, uma vez que na casa dos idosos, os familiares podem visitá-los quando assim o entenderem. Reconhece a necessidade de existir bom senso por parte dos familiares, respeitando os horários das higiènes e a hora de descanso dos idosos.

O discurso e experiência das seguintes técnicas partilham da opinião de Sofia, e afirmam que no lar onde trabalham é assim que o sistema de visitas funciona.

“Temos bastantes visitas, não temos horários. Pedimos para não vir muito cedo principalmente na hora dos banhos.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

“Aqui não há restrição do horário de visitas, só pedimos que não seja no horário das higiènes e das refeições, quando os familiares não querem almoçar cá. Podem ficar cá até tarde, temos senhoras que vem jogar quartas até as quatro da manhã.” (Matilde, 26 anos, Técnica)

Como podemos verificar, comparando a experiência das técnicas Eduarda e Matilde, a ausência de horário de visitas traduz-se em “bastantes visitas” e convívio com o exterior “temos senhoras que vêm jogar cartas até as quatro da manhã”.

Certamente que para os familiares a existência de horários pode constituir um obstáculo, uma vez que por norma as visitas funcionam no período da tarde e em horário laboral, justamente quando a família está a trabalhar. Analisando por esta perspetiva, a ausência de horários de visitas pode facilitar a organização familiar, mas é importante lembrar que há horário de visitas ao fim de semana e, como Sofia disse, há muitos idosos que estão “abandonados” nos lares.

É importante ressaltar que a experiência de Eduarda e de Matilde refere-se a uma prática em lares privados e a experiência que Sofia exemplifica refere-se a uma realidade numa IPSS. Sem descurar o mérito protetor que muitos lares de idosos de IPSS representam, consideramos que as experiências de Eduarda e Matilde se inserem em realidades económicas e culturais diferentes.

De um modo geral, todas as participantes consideram importante que a família visite o idoso institucionalizado, pois funciona como um mecanismo de proteção, adaptação e motivação. Sobre a ausência de visitas, podemos concluir que as participantes que além de cuidadoras formais na sua profissão foram cuidadoras informais de seus parentes idosos, até podem concordar com a institucionalização em lar, porque sabem que lá os idosos são bem cuidados, mas não aceitam tão facilmente que as famílias não visitem os seus idosos após a institucionalização. Por outro lado, as técnicas assumem uma posição mais compreensiva perante o sofrimento das famílias, no momento das visitas, ao verem os seus idosos doentes e em alguns casos inertes. Três participantes dos quadros técnicos salientam a importância da ausência de horários de visita nos lares mantendo, de certa forma, as portas mais abertas ao exterior.

#### **4.2.4 A Importância das Rotinas**

Goffman (1974) defende que nas sociedades modernas existe a norma de que a vida pessoal, o lazer e o trabalho acontecem de preferência em espaços e momentos diferentes, subjugados a autoridades diversas. Numa instituição, por maior ou menor que seja, os seus utentes confinam todas as suas atividades e tarefas àquele espaço, tendencialmente fechado e sob uma única autoridade imperativa para todos. Além disso, as vivências/rotinas num lar parecem obedecer a uma sequência diária predefinida, onde cada tarefa/atividade deve ser realizada no tempo predeterminado, como é visível no seguinte trecho de Sofia.

“Muitos acordam cedíssimo, depois são muitos a precisar de ajuda, lá está o não trabalhar a funcionalidade e a autonomia e não mante-los ativos e funcionais, pelo contrário. Portanto, cada vez temos cada vez mais pessoas a precisarem de ajuda. Portanto temos que os levantar muito cedo e para conseguir que às 10h esteja tudo ou atrasa muito. Depois das higiene, de tomar o pequeno-almoço estão uns cá por baixo, os mais autónomos gostam de estar cá em baixo, outros vão mais para cima e durante a manhã vão fazendo algumas atividades, os que querem. Depois descem para almoçar, e depois à tarde também haverá mais atividades até às 4h que é a hora do lanche, e é a hora da visita e higiene, e depois tão por ali um bocadinho. Nota-se ao final do dia que ficam muito desorientados e muitas vezes sentem-se muito perdidos.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

O discurso desta participante ilustra que a organização interna das rotinas do lar onde trabalha é determinada e imposta por uma autoridade que exige o cumprimento dos horários, sob pena de atrasar as restantes atividades/tarefas. Ao terminar a análise que faz da rotina diária do lar, Sofia conclui que no final do dia há idosos que ficam desorientados e perdidos. Esta nota de Sofia sugere-nos que a organização de todo o dia é imposta pelas equipas dirigentes, sem consulta dos idosos. Desta forma, os utentes do lar habituam-se a que lhe digam quando e o que devem fazer e, claro que perante a ausência de uma atividade/tarefa imposta, os idosos ficam “muito desorientados” e “muito perdidos”.

Podemos salientar ainda sobre o discurso de Sofia, o facto de as rotinas se centrarem na higiene, alimentação e algumas atividades (que podem ou não interessar aos idosos). A técnica Joana, reforça que os cuidados diários estão muito focados “nos cuidados primários.”

“As rotinas restringem-se aos cuidados de higiene, pequeno-almoço, fisioterapia, almoço, ver televisão, lanche, ver tv, jantar e dormir. As pessoas estão muito focadas nos cuidados primários: a comida é boa e estão limpos.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Joana enumera por ordem a rotina que existe no lar onde trabalha e num tom crítico refere que as rotinas focalizam os profissionais apenas para os cuidados primários, descurando outras necessidades que os idosos possam ter.

De um modo geral, as participantes referem que as rotinas existentes num lar resumem-se às necessidades básicas, como a alimentação, higiene dos idosos e alguma ginástica/fisioterapia. Considerando que para Sofia e Joana as rotinas não são um aspeto positivo para a vida dos idosos institucionalizados, encontramos duas participantes que discordam.



“Eu acho que para as coisas funcionarem é importante existirem horários e para eles mesmo, porque deixam de ter rotina em casa. Funciona como uma disciplina.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

“Temos uma rotina que ajuda a orientar os funcionários e a manter as coisas organizadas. É lógico que a rotina obedece em primeiro lugar ao idoso. Se houver alguma funcionária que precisa de dar mais atenção a um idoso a pessoa [idosa] está em primeiro lugar. Os idosos acabam por se adaptar às rotinas. Alguns idosos vinham sem rotinas e temos pessoas que dormem durante boa parte do dia, porque estão habituados, mas não temos hora para acordar nem deitar. Sabemos os que gostam de acordar cedo e tratamos primeiro desses.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

Para a auxiliar Leonor e para a técnica Eduarda é importante a existência de rotinas, principalmente nos aspetos básicos da vida, uma vez que sentem que alguns idosos descuidavam algumas AVD's quando estavam em suas casas, e deste modo, as rotinas acabam por funcionar como um elemento orientador e condutor do dia-a-dia dos profissionais.

Eduarda, enquanto técnica que organiza o trabalho das equipas técnicas e auxiliares, considera que as rotinas facilitam a organização dos lares mas, salienta a importância do ser humano na prática das mesmas. Apesar de orientar a equipa auxiliar para a existência de um conjunto de tarefas que devem realizar-se em determinado tempo, esta participante elucida para que seja dada atenção à vontade dos idosos, considerando que a mesma se sobrepõe às rotinas. O final do trecho de Eduarda sugere-nos que, de certo modo no lar onde trabalha a organização das rotinas respeita os hábitos/preferências dos idosos e se limita aos cuidados de higiene.

A técnica Matilde adota uma postura pouco favorável à existência de rotinas, considerando que aquilo que queremos é versátil e mutável. Dá como exemplo a experiência profissional que possui salientando que no lar onde trabalha só existem horas fixas para as refeições e que o que é essencial é a higiene, a imagem e a saúde do idoso institucionalizado. Na sua opinião, a satisfação destas necessidades é a base para potenciar “tudo o resto”.

“Aqui é essencialmente o aspeto do cuidado do idoso: imagem, higiene e de saúde e complementar esse cuidado com as necessidades que o idoso apresenta. Promover o envelhecimento pela saúde para que a promoção da saúde possibilite tudo o resto. Não sou muito fã das rotinas, porque o que eu quero hoje não vai ser o que eu quero daqui a 20 anos. Todas as casas têm que ter regras porque é impossível responder a todos. Aqui as pessoas não têm horas para se levantar as únicas horas fixas são os horários das refeições mas, mesmo assim, podem não querer vir comer e pedem à cozinha um lanche reforçado. A pessoa faz como quiser. É livre. Temos de respeitar o ritmo da pessoa. As regras são importantes mas até que ponto as nossas

regras são tão valiosas para entrarmos na liberdade das pessoas. Rotinas, as essenciais, nada mais!” (Matilde, 26 anos, Técnica)

Matilde prefere utilizar a palavra “regras” em vez de rotinas, dado que no lar onde trabalha apenas a hora da refeição é fixa e, ainda assim não é obrigatória. Valoriza a liberdade dos idosos institucionalizados em lar e considera importante respeitar o ritmo de cada um.

Sobre a relevância das rotinas num lar a participante inserida no quadro auxiliar (Leonor) e a participante técnica responsável pela coordenação de equipas auxiliares (Eduarda) parecem defender a existência de rotinas como elemento organizador da prestação de cuidados e do dia-a-dia dos idosos, que em suas casas descuravam a importância das mesmas. Por outro lado, encontramos técnicas desagradadas com o facto de as rotinas de um lar se centrarem exclusivamente na satisfação das necessidades básicas, como alimentação e higiene. Contrapondo, a técnica Matilde valoriza a ausência de rotinas, primazia a noção de regras e considera que as rotinas não devem condicionar a liberdade dos idosos institucionalizados.

#### **4.3 Envelhecer: Como é e Como Quero**

Como salientamos no primeiro capítulo o processo de envelhecimento atinge todo o ser vivo e decorre desde o momento da fecundação (Maia, 1984). Dia após dia, passamos por processos de maturação que culminam com o passar dos anos, por influências internas e externas, em processos de degeneração a vários níveis, desde o morfológico, o funcional, o cognitivo ao psicológico (Rocha *et al.*, 2008; Montanari, 2011; Neves, 2012). De um modo geral, estes processos de degeneração associados ao envelhecimento, são sentidos, percebidos e descritos como um período menos agradável da vida por parte dos próprios idosos, como salienta Pimentel (2001:230) mas esta negatividade está igualmente generalizada pelo conhecimento hegemónico. Algumas das nossas participantes partilham da mesma visão, com base no que experienciam no seu dia-a-dia no lar onde trabalham.

“Acho que envelhecer não é bonito. As pessoas perderem as suas capacidades autonomia, deve ser muito frustrante, o facto de a ciência estar a avançar e as pessoas a viverem mais anos com menos qualidade. Por muitas pessoas que hajam a tentar estimular aquela pessoa [idosa] à um período de 15-20 anos na vida de uma pessoa que é passado num sofá ou numa cama, sem nada que os motiva porque muitas vezes já não tem capacidade para isso. Por muita estimulação, eu acho que chega a uma fase do envelhecimento em que as

peças perdem a sua autonomia e a sua capacidade de se envolver em coisas, nem sempre têm vontade. São momentos de estimulação mas é impossível preencher o dia todo, durante todos esses anos. Ficar velho não é bom. Houve um senhor que me disse: passo o dia à espera que o tempo passe.” (Joana, 23 anos, Técnica)

Como já referido, Joana possui experiência profissional nos cuidados paliativos e, mais uma vez essa experiência parece orientar a sua opinião sobre o envelhecimento dos idosos. Quando questionada sobre o que é envelhecer, esta técnica centra a sua reflexão sobre o período final da velhice e da vida de uma pessoa e define-o como um momento de perda de capacidades, ausente de motivação e autonomia. Associa o aumento da EMV a mais anos com menor qualidade e, por isso salienta que durante um período de 15-20 anos as pessoas idosas estão confinadas a uma cama ou sofá. Para exemplificar a sua posição, Joana recorreu a uma frase que lhe foi dita por um idoso institucionalizado. Ao citá-lo Joana fez um gesto (com os ombros e mãos) de reconhecimento e impotência perante esta situação, pois por mais que faça na sua profissão haverá sempre momentos desprovidos de estimulação e significado na vida dos idosos institucionalizados.

Em suma, a perda de capacidades e a ausência de vontade provocadas pelas patologias acrescidas a cada ano que passa, são reforçadas no discurso de Joana, que vê de um modo negativo a fase da velhice, por considerar que a vontade e capacidade de viver são condições necessárias para se ser feliz neste período da vida.

Sofia representa mais uma participante cuja opinião sobre a velhice se centra na experiência que tem no lar onde trabalha e, é igualmente depreciativa por considerar que envelhecer num lar, sobretudo nas IPSS, significa perda do domínio sobre a própria vida.

“É assim eu poderia pensar, mas sinceramente não queria chegar a idosa, preferia não chegar à idade deles. Nas IPSS não conseguem ser donos da vida deles e, portanto, não sendo dono da nossa vida, não sei até que ponto a pessoa pode estar feliz, não é. Não posso decidir nada, até às vezes “*Não quero comer*” “*Ah mas tem que comer, tem que comer,*”. Pronto, não é fácil, acho que não é o ideal. (Sofia, 40 anos, Técnica)

O facto de não poder decidir o que fazer ou não nos lares, é apontado por Sofia como um aspeto negativo na fase de envelhecimento, sobretudo nos lares. Para Sofia, como vimos no ponto das vantagens/desvantagens, é importante o poder de decisão e a liberdade para se decidir o que fazer e como fazê-lo. Quando isto não acontece a velhice

é uma fase entendida como negativa, na opinião de Sofia e o funcionamento do lar onde trabalha contribui depreciativamente para essa visão.

Além das técnicas Joana e Sofia, a auxiliar Leonor partilha da mesma visão negativa sobre “o que é envelhecer”. Tendo como pano de fundo a prevalência de problemas demenciais e incapacidades físicas, esta participante considera que envelhecer poderia ser positivo se estas situações não existissem.

“Envelhecer é tramado. Todos nós vamos para a velhice e pensamos assim: será que vou ficar assim? Uns estão bem da cabeça mas o físico não dá. Os que têm demência não têm tanta noção. Envelhecer pode ser uma coisa boa e tranquila, se estiverem minimamente bem da cabeça e do físico.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

Leonor considera que “envelhecer é tramado” pela experiência pessoal e profissional que tem no cuidado a idosos. Para esta participante o lado bom de envelhecer depende de condições mentais e físicas sãs.

Tal como Leonor e Joana, que associam a velhice a uma fase de perda de capacidades, a técnica Eduarda pensa não ser fácil lidar com tal declínio e considera que existem pessoas idosas que resistem muito e outras que aceitam.

“Penso que vamos perder capacidades ao nível mental, físico, fisiológico. Não deve ser fácil. Tem pessoas que resistem muito. Tem pessoas que encaram com bom espírito. Penso que não é fácil. O idoso tem o seu valor, mesmo já sem conseguir saber o que fazer. É muito importante vermos atrás de um corpo marcado pelos anos, aquilo que as pessoas foram: professores, médicos. Valorizar mesmo a pessoa, não é porque ela baralha as palavras e o pensamento.” (Eduarda, 44 anos, Técnica)

Embora relacione a velhice a um conjunto de perdas, Eduarda reforça novamente o valor e a importância do ser humano, como supracitado no ponto anterior (ser humano primeiro e rotinas em segundo). Esta técnica considera importante “vermos atrás de um corpo marcado pelos anos” pessoas dignas pelas histórias e feitos que conquistaram durante a vida.

Confirmando a hipótese acerca da representação social negativa da velhice por parte dos profissionais, podemos dizer que a generalidade das participantes refere que a velhice é uma fase da vida negativa. Contrapondo com a generalizada visão negativa sobre a velhice, apenas uma das técnicas tem uma posição positiva sobre a velhice. Também na pesquisa efetuada por Garbin *et al.* (2010) que procuram analisar o envelhecimento na perspetiva dos cuidadores profissionais, os resultados são divergentes. Envelhecer pode, por um lado ser positivo e, por outro lado ser uma fase

negativa da vida de um ser humano. Tudo depende das circunstâncias e condições internas e externas com que envelhecemos.

Neste sentido, Matilde refere que “envelhecer é ganhar anos” e que o positivismo ou negativismo da mesma depende da pessoa que envelhece.

“Envelhecer é ganhar anos, é só idade, é só o número. Porque a essência da pessoa é que vai prevalecer, se a pessoa se mantiver jovem, com espírito jovem com pró-atividade, envelhecer é só um número. Cada pessoa vai arranjar o seu sentido para envelhecer. Não é positivo nem negativo, depende da pessoa. Daqui tenho uma boa experiência e, neste momento, se tivesse numa etapa de envelhecimento e tivesse condições para estar aqui, certamente que seria uma escolha. Mas eu conheço outras realidades e, de facto, toda a gente acha que envelhecer num lar é péssimo porque toda a gente fica sentada a ver televisão e só fazem aquilo e não são estimuladas, motivadas para fazer outras coisas por si próprias. A visão que eu tenho é positiva. Eu quero envelhecer assim! Se nós estivermos motivados e a nossa autoestima no sítio certo para nos ajudar a entrar no processo de envelhecimento, vai ser bom. Quero envelhecer com qualidade. Envelhecer não é mau, não corresponde à ideia que a maior parte das pessoas têm. (Matilde, 26 anos, Técnica)

Mais uma vez a experiência no lar (privado) onde trabalha influencia a opinião de Matilde. Considera ter uma boa experiência, ter uma visão positiva do que é envelhecer e admite que a sua visão não corresponde à maioria das pessoas pois, reconhece a existência de outras realidades noutros lares. Afirma querer envelhecer com um espírito jovem e equaciona de um modo perentório a hipótese de integração em lar, desde que a família esteja por perto.

“Eu quero [ir para um lar], porque a família é muito importante, mas há um momento em que a pessoa tem que fazer isso por si própria, tendo a família por perto mas ter a possibilidade de escolher envelhecer ao pé de outros que estão na mesma fase.” (Matilde, 26 anos, Técnica)

Apenas Matilde afirmou sem reservas, querer integrar um lar na fase da sua velhice. Todas as restantes profissionais precipitam-se dizendo que não pretendem integrar um lar e que só o farão em último recurso.

“Eu por acaso não queria vir para um lar. “Acho que perdemos um bocado a nossa liberdade.” (Ema, 42 anos, Auxiliar)

A auxiliar Ema afirma perentoriamente que não quer ir para um lar, porque, como afirmou no ponto das desvantagens, o lar limita a liberdade das pessoas.

Já a auxiliar Lara, prefere não pensar muito nisso e refere que integrará um lar só “em último caso mesmo”.

“Não sei, não quero pensar muito nisso. Se tiver que ser. Em último caso mesmo. Só se alguém agarrar em mim e me puser. Mas prefiro do que estar na rua da amargura. É sempre melhor. Depende do sítio, depende do local.”  
(Lara, 32 anos, Auxiliar)

Mais uma vez esta participante enaltece a função protetora que o lar desempenha nos casos de exclusão social e económica (Albino-Borba & Mata-Lima, 2011) e garante que prefere ir para um lar do que estar nessa situação. Sobre a sua possível integração em lar, Lara reforça um aspeto que salientamos no capítulo 2, que está relacionado com a escolha do sítio/lar que a pessoa idosa quer integrar. Participar nessa decisão funciona como mecanismo facilitador da aceitação e adaptação à institucionalização em lar (Neves, 2012).

Pela sua importância no decorrer da presente apresentação de dados, é pertinente analisar a posição das participantes que cuidaram de familiares na velhice em seus domicílios, cumprindo a vontade de não institucionalização dos mesmos. Tanto Leonor como Rita, apesar de preferirem outros modos de envelhecer em detrimento de envelhecer num lar, afirmam que não querem ser um sacrifício/fardo para os seus descendentes.

“A minha velhice vai ser em casa. Tenho condições para poder estar em casa, a não ser que haja uma degradação muito grande do meu estado de saúde em que o benefício de estar em casa seja menor que estar noutro lado. Eu não quero que eles [os filhos] sacrifiquem a vida deles por mim. Quero que me venham visitar, como é óbvio, mas que não deixem de viver a vida deles porque têm uma mãe idosa. Há sítios onde as pessoas são tratadas e cuidadas como deve de ser, eles podem sempre ir lá visitar-me. Se eu não precisar quero estar em casa não quero ir para um lar. Só equaciono o lar numa última hipótese e a causa seria a doença.” (Rita, 44 anos, Auxiliar)

Rita considera ter em sua casa todas as condições necessárias para envelhecer, a não ser que o seu estado de saúde se agrave de tal modo que a impossibilite de realizar esse desejo. Neste caso, a doença e a consequente degradação são as únicas razões que podem levá-la a optar por ir para um lar, onde obviamente espera a visita dos filhos e em relação aos quais não quer que se sacrifiquem face à prestação de cuidados a uma mãe idosa. Do mesmo modo, Leonor equaciona que é melhor ir para um lar em vez de dar trabalho à família. Refere que se tiver capacidades (provavelmente numa fase inicial da velhice) gostava de fazer voluntariado em hospitais. Mas se necessitar de apoio e tiver disponibilidade financeira prefere ir para um lar para não ser um fardo.

“A minha velhice, se eu tiver capacidades, é não parar. Gostava de fazer voluntariado em hospitais. Já pensei que se calhar é o melhor, para não dar

trabalho há família. Se tiver disponibilidade financeira vinha para um lar, para não ser um fardo.” (Leonor, 56 anos, Auxiliar)

As restantes participantes, apesar de não colocarem de parte a hipótese de institucionalização em lar, esperam que muita coisa mude até chegar a altura em que tenham que tomar a decisão: ficar em casa ou ir para um lar?

“Temos que nos inscrever num lar, não sei, havendo um sítio agradável era capaz de ir. Obviamente, que o ideal seria nós estarmos em casa. [...] Havendo SAD que nos vá lá ajudar, tentar ficar. Portanto, hoje em dia já há. Portanto, eu acho que isto vai mudar porque a próxima geração. Esta geração foi uma geração um bocadinho obrigada a estar calada. Viveram uma ditadura. Viveram em ambientes familiares em que o marido não dava a possibilidade de dar opinião e, depois vem o babybomer que é os que viveram a revolução, que é geração dos nossos pais, e eu acho que vai ser diferente pois são pessoas que vivem na internet, no facebook. Já vão ser mais exigentes e já não vamos conseguir dar o mesmo serviço que prestamos neste momento. Eu acho que as pessoas vão-nos obrigar a mudar o serviço e a forma como temos feito. E ainda bem! Tenho pena que estes não façam exigências.” (Sofia, 40 anos, Técnica)

Mais uma vez, esta participante reforça no seu discurso a necessidade de mudança na prestação de cuidados a idosos, tendo por base a experiência profissional que possui. Refere que a próxima geração beneficiária dos lares de idosos tenderá a ser mais exigente no que respeita à satisfação de necessidades/interesses e aos cuidados recebidos. Apesar de preferir envelhecer em casa, beneficiando de SAD refere que já pensou em família, inscrever-se num lar. A escolha pessoal do lar onde provavelmente, serão passados os últimos dias da vida de um idoso é enaltecida também por Sofia.

A técnica Joana diz que nunca pensou sobre onde envelhecer mas, tal como Sofia, “espera que muita coisa mude”.

“Nunca pensei naquilo que vou querer fazer, mas espero que muita coisa mude em Portugal. Envelhecer é mais difícil do que morrer. Esperamos que alguma coisa melhore no caminho. Acho que não quero morrer em casa, não quero ter um familiar a cuidar de mim. Não quero dar esse fardo a essa pessoa.” (Joana, 23 anos, Técnica)

O contacto direto com o sofrimento na velhice, experienciado nos cuidados paliativos pode estar relacionado com o facto de Joana considerar, com conhecimento de causa, que “envelhecer é mais difícil que morrer” e, por isso, afirma perentoriamente que não quer dar esse fardo a nenhum familiar.

Quando questionados sobre o que pensam sobre a sua própria velhice e possível institucionalização em lar as reações das participantes foram, mais uma vez, díspares, embora apenas uma participante tencione integrar um lar na sua velhice. Das

restantes, algumas (2) não querem ir para um lar, outras (2) esperam que o funcionamento dos lares mude entretanto e, outras (3) equacionam a hipótese de lar em detrimento de ser um peso para os familiares. Deste modo, a hipótese avançada acerca da visão mais favorável à institucionalização por parte dos profissionais é refutada, uma vez que a maioria das participantes não equacionam a possibilidade de integração em lar, tal como hoje os conhecemos ou só a equacionam como última hipótese, em situações de doença e dependência, para não sacrificarem os descendentes.

Estes resultados articulam-se com a discussão da hipótese acerca das práticas profissionais em lar condicionarem as representações dos profissionais sobre a velhice e sobre as vivências num lar. A discussão exposta neste capítulo mostra como a experiência profissional no lar em que trabalham surge como pano de fundo nos diversos discursos das participantes. Não é demais reforçar que no caso da jovem Joana, a sua anterior experiência em cuidados paliativos está bastante enraizada nas suas reflexões, principalmente sobre a questão das vantagens/desvantagens; visitas da família ao idoso em lar e na sua perceção sobre a velhice. Quanto às auxiliares Rita e Leonor, a prática pessoal de cuidado informal surge igualmente associada, em alguns dos seus discursos, principalmente no que respeita à escolha desta profissão em detrimento de outra, para a qual tinham formação académica. Nestas duas participantes, as experiências pessoais de cuidado informal a familiares também teve influência na criação de opiniões, sobretudo no que respeita à sua possível institucionalização em lar (para não serem um fardo/sacrifício para suas famílias). Deste modo, as práticas profissionais e pessoais parecem condicionar as representações dos profissionais sobre a velhice e sobre as vivências num lar.

Em suma, a visão negativa da velhice é igualmente partilhada pelas profissionais que participaram nesta investigação, convergindo com o pensamento hegemónico. De igual modo, a posição dos profissionais sobre a possível institucionalização em lar tende para a opinião geral de protelamento e/ou recusa, apesar de algumas salientarem aspetos positivos/vantagens dos lares no processo de envelhecimento do ser humano.

No que respeita às motivações das profissionais para o cuidado formal a idosos podemos concluir que na sua maioria as técnicas sempre sentiram vontade de trabalhar com populações especiais, nomeadamente com idosos e, por isso suas preferências académicas foram orientadas para áreas do domínio social. No caso de duas das



auxiliares, o trabalho em lar surgir na sequência de um situação de desemprego e, por isso suas motivações estiveram associadas às necessidades de sustento. No caso das outras duas auxiliares, que possuem formações nas áreas da Administração e Secretariado, a escolha pela profissão de cuidadora formal teve por base uma experiência pessoal de cuidado informal a familiares.

Sobre as razões apontadas pelas profissionais para a integração de idosos, a esmagadora maioria referiu a doença, situações de dependência e exaustão dos cuidadores como as principais causas, configurando portanto, uma convergência para os factores apontados por alguns autores que se debruçaram sobre o estudo da velhice nos lares (Pimentel, 2001; Mazza & Lefèvre, 2004; Ducca *et al.*, 2012; Neves, 2012; Rocha, 2012).

Como supracitado, persiste uma imagem depreciativa dos lares de idosos mas apenas 3 profissionais partilham da mesma visão. As restantes consideram que os lares desempenham um papel importante na prestação de cuidados a idosos, permitindo às famílias estarem descansadas com o cuidado aos seus familiares. Embora apontem como vantagens o descanso dos cuidadores informais, a possibilidade de convívio e o desenvolvimento de atividades algumas participantes consideram que os lares centram-se muito nas necessidades primárias. Principalmente as técnicas adotam uma postura compreensiva perante o sofrimento das famílias ao verem os idosos em situações de dependência e, defendem que os lares permitem amenizar esse sofrimento.

Todas as profissionais, exceto uma técnica percebem a velhice como uma fase triste e de perdas. A única técnica com visão positiva da velhice é igualmente uma exceção no que respeita à intenção perentória de integrar um lar no futuro. De um modo geral, as profissionais que apontam como desvantagens dos lares o facto de estarem muito focados na satisfação de necessidades primárias desejam que os lares modifiquem gradualmente os seus modo de funcionamento, para que possam equacionar esta hipótese. As duas auxiliares que cuidaram de familiares no domicílio até à morte, referem que tencionam envelhecer em casa e só integram um lar, em último recurso, para não dar trabalho aos descendentes. Das restantes auxiliares, uma não quer ir para um lar por considerar que há perda de liberdade e invasão da individualidade e a outra auxiliar, só pondera ir para um lar em detrimento de uma vida social e economicamente excluída.

Em suma, podemos concluir que em alguns aspetos, nomeadamente no que respeita às causas; vantagens e desvantagens; vivências em lar e intenção (ou não) de institucionalização, as práticas em lar condicionam a perceção dos profissionais sobre a velhice e as vivências em lar. Quanto às perceções sobre a velhice à exceção de uma técnica há uma tendência convergente para o pensamento hegemónico, reforçado pela experiência profissional em lar.

## CONCLUSÃO

*“Deveríamos repensar o que é que a velhice representa e a forma como as transformações da sociedade em geral afetam as posições dos idosos”.*

Giddens (1999, p. 107)

O fenómeno da velhice, sobretudo nos países mais desenvolvidos, representa uma preocupação não só pela sua crescente expressividade numérica mas também pelo desconhecimento e incompreensão em torno da realidade do envelhecimento (Fangueiro, 2008; Montanari, 2011). Nas sociedades europeias, a concepção de idosos é divergente, configurando assimetrias nos modos de perceber e lidar com a população mais envelhecida (Maia, 1984). Nos países mais desenvolvidos assiste-se a um conflito entre gerações assente na preocupação com a sustentabilidade dos sistemas de proteção social (Pimentel, 2001) e a uma discriminação para com as pessoas mais velhas, fundada na idade e inutilidade, e relacionada com a insegurança económica, que alerta para a necessidade de se rever as políticas promotoras sociais de igualdades e de redistribuição de riqueza por toda a população (Maia, 1984).

Com base no aumento da EMV, e da prevalência de doenças e incapacidades, a preocupação sobre a qualidade de vida dos idosos (Putnam & Stark, 2006) tem fomentado reflexões sobre a prestação de cuidado a idosos, dando origem a vários estudos, nas mais diversas áreas, um pouco por todos os continentes (Hirata, 2012). Em Portugal, a prestação de cuidados a idosos confere um sistema misto (formal, informal e particular) de apoio social, onde as IPSS desempenham o papel do estado na protecção social deste grupo etário (Mazza & Lefèvre, 2004).

Os cuidadores formais e informais em Portugal, na esmagadora maioria, são pessoas do sexo feminino (Reis & Ceolim, 2007; Paquete & Silva, 2011). Em particular, no cuidado informal prevalecem as relações familiares, sobretudo com grau de parentesco conjugal e filial (Brito, 2000; Pereira & Oliveira, 2012). Com o passar dos anos e com a degradação cognitiva e física dos idosos, muitos cuidadores informais sentem-se exaustos, doentes e isolados (Rocha, Vieira & Sena, 2008; Hirata, 2012). Nesta situação, alguns cuidadores optam pelo cuidado formal de carácter temporário (como os CD) ou de carácter permanente (como os Lares).

Durante muitos anos os Lares estiveram depreciativamente associados aos asilos e albergues, destinados ao acolhimento de doentes e indigente (Daniel, 2009). De facto, como salienta L. Pimentel (2001), persiste ainda na sociedade portuguesa uma imagem negativa da velhice nos lares.

Com o fito de perceber a visão do fenómeno da velhice e das vivências nos lares, optamos por entrevistar profissionais do cuidado formal a idosos em lar, na região de Lisboa Ocidental. Seguindo uma metodologia qualitativa de carácter exploratório, procuramos conhecer, através da realização de entrevistas semiestruturada, as motivações e as características dos profissionais do cuidado a idosos em lar; as causas/razões da institucionalização e as vantagens/desvantagens de envelhecer num lar e, por fim, queríamos perceber o que pensam os profissionais sobre a sua futura velhice e possível integração em lar.

Neste sentido, entrevistamos 8 cuidadoras formais de diferentes níveis hierárquicos nos quadros de um lar (4 auxiliares e 4 técnicas), com diferentes habilitações académicas e anos de experiência. De um modo geral, podemos concluir que a visão das profissionais é influenciada por diversos fatores como a trajetória pessoal, escolar e profissional; a sua relação pessoal e familiar com o cuidado e as especificidades de organização e funcionamento do lar em que trabalham.

A experiência pessoal de cuidado informal esteve na base da opção pela profissão de cuidadora formal de idosos de duas participantes, as quais olham para os lares com uma visão positiva, no que diz respeito às vantagens que oferecem, colocando-se na perspetiva da família em primeiro lugar e depois na do idoso. Apesar de terem decidido cumprir o desejo dos seus familiares até à morte, nos seus discursos, principalmente quando questionadas sobre a possibilidade de institucionalização, revelam que não querem ser um fardo para os seus descendentes. Compreendendo as implicações do cuidado informal preferem ir para um lar do que submeter os filhos a tal experiência. Este dado mostra, por um lado, a complexa articulação entre as representações acerca do cuidado e do papel da família, e por outro, o modo como estas são condicionadas pelas experiências pessoais, em detrimento de outros factores.

A formação académica e a experiência profissional no cuidado em lar parecem ser mais preponderantes no discurso das técnicas, independentemente da idade e dos anos de experiência que possuem. Os discursos das profissionais têm diferentes níveis de complexificação consoante o nível de escolaridade das participantes, sendo mais

reflexivos quando há formação académica, sobretudo na área das ciências sociais e humanas.

Embora sejam identificados e apontados aspetos considerados vantajosos nos lares, o modelo de funcionamento e as regras de cada instituição parecem influenciar a visão dos profissionais, independentemente do nível hierárquico que ocupam e das tarefas que desempenham. Sobretudo nas questões que dizem respeito às vivências em lar (visitas, rotinas, vantagens/desvantagens, formação contínua) as opiniões divergem entre os profissionais que trabalham em IPSS ou em lar privado. Provavelmente, nos lares privados, o nível sociocultural dos idosos institucionalizados é superior, ao passo que nos lares das IPSS poderão prevalecer maiores situações de dependência e demência, perpetuando uma imagem depreciativa dos lares, uma vez que as IPSS têm maior abrangência e, conseqüentemente representatividade na prestação de cuidados formais a idosos (Carta Social, sd)

Sendo uma opção com base nas motivações pessoais e formação académica; necessidade de sustento ou experiência pessoal na prestação cuidados, a profissão de cuidadora formal de idosos deve assentar num tratamento humanitário, dignificante e respeitador da autonomia e liberdade (Reis & Ceolim, 2007; Mauritti, 2004). Neste sentido, os lares devem apostar na contratação e formação de pessoas conscientes dos direitos humanos e dispostas a dar de si, pelo cuidado ao outro na promoção da satisfação de necessidades primárias e secundárias dos idosos. Despertos para os estereótipos, mitos e visões depreciativas sobre a velhice e sobre os lares, os seus dirigentes devem apostar em modelos de funcionamento de privilegiam a autonomia, a liberdade, a abertura ao exterior e procurem ao máximo aproximar seus espaços de alojamento aos domicílios dos seus utentes. Igualmente importante é a atenção que as chefias dos lares devem prestar para as questões da personalização dos cuidados e atividades respeitando os ritmos, capacidades e interesses de cada idoso.

Este estudo, ao ouvir os principais agentes de cuidado formal, pretende evidenciar alguns elementos que contribuem para este caminho da prestação de cuidados formais a idosos com qualidade, dignidade e no respeito dos direitos individuais e sociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albino-Borba, A. & Mata-Lima H. (2011). Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas: Um olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. *Serv. Soc. Soc 106*, 219-240.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Brito, M. (2000). A saúde Mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Carta Social (sd). *Rede de serviços e equipamentos: Relatório de 2013*. Gabinete de Gestão e Planeamento e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, IP. Acedido a 9 de abril de 2015 pelas 14h30: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2013.pdf>
- Carta Social (2006). *Resposta Sociais: Nomenclaturas e Conceitos* (Despacho do Senhor Secretário de Estado da Segurança Social, de 2006.01.19). <http://www.cartasocial.pt/conceitos.php?img=0>
- Carvalho, M. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, p.161-184.
- Coelho, E; Magalhães, M.; Peixoto, J. & Bravo, J. (2008). Projecções de população residente: Portugal - 2008-2060 – Metodologia. Publicado no Instituto Nacional de Estatística em 2009.
- Cuidado* in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2015. Acedido a 22 de maio de 2015 pelas 11h58: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/cuidado>

- Daniel, F. (2009). Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interacções. n.17*, p. 65-74.
- Duca, G.; Silva, S; Thumé, E.; Santos, I & Hallal, P. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública. Vol. 46 (1)*, p. 147-153.
- Elias, N. (2001). *A Solidão dos Moribundos: Seguindo de envelhecer e morrer.* (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada a 1985).
- Fangueiro, C. (2008). Respostas sociais para pessoas idosas. *Rediteia 41(1)*, 47-48.
- Garbin, C.; Sumida, D.; Moimaz, S.; Prado, R. & Silva, M. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva 5 (6)*, p. 2041-2048.
- Goffam, E. (1974). *Manicómios, prisões e conventos* (D. Leite, Trad.). São Paulo: Editora Perspetiva. (Obra original publicada a 1961).
- Governo de Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações: Programa de Ação*. Acedido a 21 de junho de 2014 pelas 19h30: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7%C3%A3oAnoEuropeu2012.pdf>
- Guedes, J. (2012). *Viver num lar: identidade em risco ou identidade riscada?* Lisboa: Coisas de ler edições.
- Guimarães, N; Hirata, H. & Sugita, K. (2011). Cuidado e cuidadoras: O trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Sociologia & Antropologia 1 (1)*, 151-180.
- Hirata, H. (2010). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Revista Tecnológica e Sociedade (2ªEd)*,p. 1-7.

- Hirata, H. (2012). O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. *Revista de Políticas Públicas, (nº especial)*, p.283-290.
- INE. (2014). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública 19 (3)*, p. 861-866.
- Kirk, J. & Miller, L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lage, I. (2008). Cuidados informais na velhice: o apoio familiar. *Rediteia 41 (1)*, 41-43
- Maia, F. (1984). *O fenómeno do envelhecimento demográfico e a proteção social da população idosa*. Braga: Livraria Cruz.
- Marques, A. (2009). Reflexões sobre o envelhecimento nas últimas décadas do século XX. *Revista Territórios e Fronteiras V.2 N.1*, 99-117.
- Martin, I. & Lopes, E. (2008). Políticas sociais gerontológicas. *Rediteia 41(1)*, 44-46.
- Martins, R. (2013). *Agora esta é a minha casa: Estudo sobre o processo de transição para um lar de idosos*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social, 171 (XXXIX)*, 339-363.
- Mazza, M. & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade 13 (3)*, 68-77.



- Minois, G. (1999). *A história da velhice no ocidente: Da antiguidade ao renascimento* (S. Ferreira, Trad.). Lisboa: Teorema (Obra original publicada a 1946).
- Montanari, P. (2011). Aspectos socioculturais do envelhecimento: Ainda algumas reflexões. *Saúde Coletiva* 8 (52), 167-168.
- Nazareth, J. (2004). *Demografia: A ciência da População* (3ª Edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. (2007). Paradigmas contemporâneos sobre desenvolvimento em psicologia e sociologia. In A. Neri (org.), *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (3ª Edição p.11-38). São Paulo: Papyrus.
- Neves, H. (2012). *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos: Estudo tipo série de casos*. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Paquete, P & Silva, C. (2011). Estruturas residenciais para idosos em Portugal Continental: uma caracterização institucional segundo a abordagem centrada na pessoa com demência. *Livro de Comunicações da Conferência Internacional sobre o Envelhecimento*, (pp. 59-69).
- Pedreira, L. & Oliveira, A. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: Mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem* 65 (5), 730-736.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, D. (2013). *Por que vão os idosos para os lares?: Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa. Portugal.

Pinto, H. (2009). *Satisfação de Idosos Institucionalizados em Lar Lucrativo e Idosos a usufruírem da Prestação Informal de Apoio Domiciliário – Uma abordagem comparativa*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Portugal.

PORDATA: Base de dados Portugal Contemporâneo. (2014). <http://pordata.pt>

Putnam, M & Stark, S. (2006). Aging and functional disability. In B. Berkman (Ed.), *Handbook of social work in health in aging* (p.79-90). New York: Oxford University Press.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª Edição. Lisboa: Gradiva.

Reis, P. & Ceolim, F. (2007). O significado de “ser idoso” atribuído por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista de Enfermagem USP* 41(1), 57,64.

Rocha, M. (2012). *Famílias clássicas do concelho de lisboa com parentes institucionalizados: Das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Rocha, M.; Vieira, M. & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 61 (6), 801-808.

Rodrigues, S. (2008). Mitos e Preconceitos da velhice. *Rediteia* 41 (1), p 21-22.

Silva, A. (2011) *Representações sociais da velhice*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Silva, L. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde* 15 (1), 155-168.

Silva, M. & Falcão, D. (2014). Cuidar de Idosos numa instituição de longa permanência para idosos na perspectiva de cuidadoras formais. *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (3), p.111-131.

Siqueira, R; Botelho, M & Coelho, F. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciências e Saúde Coletiva*, 7(4), p.889-906.

Souza, L. V.; Mcnamee, S. & Santos, M. A. (2010). Avaliação como construção social: Investigação apreciativa. *Psicologia & Sociedade* 22 (3), 598-607.

*Velhice* in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2015. [consult. 2015-03-01 19:01:30]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/velhice>

Viegas, S. & Gomes, C. (2007). *A identidade da velhice*. Ambar: Porto.

Zelizer, V. (2010). A economia do care. (M. Muller & L. Muller, Trads.). *Civitas* 10 (3), 376-391. (Obra Originalmente publicada em 2008).

### **Legislação**

Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho

Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social de 1 de julho de 1994

Despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro

Despacho do Senhor Secretário de Estado da Segurança Social, de 2006 - Carta Social, 2006

Despacho n.º 6716-A/2007, de 5 de Abril

Diretiva Estratégica n.º 10/2006 de 15 de Maio

Portaria 426/2006 de 2 de Maio

---

# Apêndices

---

Apêndice 1: Guião de Entrevista Semiestruturada

Apêndice 2: Pedido de Colaboração

---

### Guião de Entrevista Semiestruturada

Mais uma vez agradeço a sua colaboração para constituir parte da amostra nesta investigação subordinada ao tema: “A velhice nos lares: uma perpeção a partir de dentro”.

Lembro que esta conversa é confidencial, os dados recolhidos serão tratados globalmente e o nome nunca será revelado. Como combinado posso gravar?

Estaremos abertos para ouvir a sua experiência e histórias de vida.

---

#### ❖ DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Podemos começar então por conhecer um pouco de si, da sua história de vida, sobre o meio onde nasceu?

- Sexo, Idade
  - Onde vive? Com quem vive? Onde nasceu?
  - Estado civil
  - Alguma vez viveu ou trabalhou fora do país?
- 

#### ❖ DADOS PROFISSIONAIS

Atualmente é (auxiliar/educador/TSSS/ psicólogo/cozinheira....) num lar. Durante o seu percurso escolar/académico, trabalhar com idosos estava nos seus planos?

- Com que idade começou a trabalhar?
- Motivações no trabalho com idosos?

E sobre a sua experiência profissional, sempre trabalhou em lar, ou teve contacto com outras profissões?

- Outras profissões/locais de trabalho que teve no seu percurso profissional

Já trabalha há muito tempo neste lar? Conte-me como surgiu o trabalho em lar na sua carreira profissional.

- Há quanto tempo trabalha neste lar?
  - Principais tarefas?
  - Desempenhou sempre as mesmas funções?
  - Gosta do que faz?
- 

Entrevista n.º:	Local:
Lar:	Data:

## ❖ PROFISSIONAIS DO CUIDADO A IDOSOS

Na sua opinião, como vê a questão da formação profissional e formação contínua nos profissionais que trabalham em lares.

- Considera importante os profissionais de lar devem ter alguma formação específica para trabalhar em lar com idosos?
- Acha necessário que os profissionais de lar recebam formação contínua, no sentido de melhorar os serviços prestados aos utentes?
- Considera que os dirigentes estão despertos para esta necessidade?

Como considera que deveria ser o comportamento de um cuidador de idosos num ambiente residencial, como um lar.

- Principais características que um cuidador profissional deve ter para trabalhar com idosos?
- Habilitação técnica / empatia

Conte-me como é cuidar de idosos diariamente e como sente a relação profissional/utente/cliente.

- Satisfação vs desgaste?
- Quando está nas suas tarefas é habitual colocar-se no lugar do idoso que está a cuidar?
- Quais os elementos que facilitam a prestação de cuidados aos idosos?
- De que forma a relação entre profissional/utente têm impacto no seu trabalho?
- Quais são as maiores dificuldades que encontra no trabalho com os idosos?
- Tendo o cargo/responsabilidade que ocupa, consegue desenvolver em pleno as suas funções? Se não, que dificuldades sente (por parte dos idosos ou da entidade)?

---

## ❖ OPINIAO LARES/ CAUSAS DA INTEGRAÇÃO

Tem algum familiar institucionalizado em algum lar? Pode contar-me em que circunstâncias ocorreu essa institucionalização?

Sabendo que ainda existe alguma resistência aos lares por parte da sociedade, conte-me, na sua opinião o que levaria uma pessoa ainda no seu juízo perfeito a institucionalizar-se em lar.

- Principais motivos de entrada em lar

- Adaptação dos utentes (Do que sentem mais falta?)
- Desde a entrada dos utentes, que tipo de alterações/mudanças observa neles?
- Visitas (De quem?)
- Abertura ao exterior (interação com os familiares e outras pessoas amigas)

Por trabalhar diariamente num lar, tem certamente uma visão diferente sobre o dia-a-dia dos lares e sobre as vantagens/desvantagens dos mesmos...

- Que vantagens o lar oferece em detrimento do utente estar em sua casa?
- Lar vs isolamento / lar = morte social

Conte-me da sua experiência o que é mais valorizado num lar, em termos das necessidades dos idosos.

- Gestão das necessidades básicas: higiene, alimentação, lazer, convívio, saúde
- Manutenção e desenvolvimento de potencialidades (COMO?)
- Envelhecimento ativo? Através de que estratégias?

---

#### ❖ ROTINAS/VIVÊNCIAS EM LAR

Pensando nas vivências/rotinas em lar conte-me um pouco da sua opinião e experiência.

- Rotinas = promoção do bem-estar dos utentes
- Existência de horários (importância) (flexíveis/rígidos)

Tendo experiência no trabalho em lar o que significa para si viver num lar.

- Importância das relações

---

#### ❖ PERCEÇÕES SOBRE A VELHICE

Na sua opinião qual é o significado de envelhecer.

- Velhice é Positiva ou negativa
- Se não trabalhasse num lar a opinião seria diferente

Quando pensa em como será a sua reforma/velhice conte-me o que projeta para a mesma

O que pensa sobre vir a ter que integrar um lar

- Alguma vez em integrar um lar Porquê?
- Quais poderão ser as razões da sua entrada num lar?

Há mais algum aspeto que queira acrescentar?

Mais uma vez muito obrigado pela sua colaboração. Continuação de bom trabalho.



Exmo/a. Senhor/a

Diretor/a ..

Assunto: Pedido de colaboração com o Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Coimbra, 14 de abril 2015

Exmo/a. Senhor/a

Venho por este meio, em nome da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e na qualidade de orientadora do Mestrado em Sociologia, da Lic. Daniela Oliveira Duarte Freitas, requerer a colaboração da V. instituição no desenvolvimento do seu trabalho de dissertação de Mestrado, subordinado ao tema da vivência da velhice em lar, mais especificamente, ao conhecimento das perceções que os profissionais que trabalham em lares da região Ocidental de Lisboa, possuem sobre a velhice, os lares e as vivências em lar.

No âmbito do seu trabalho de campo, a aluna, sob minha orientação científica, necessita de realizar apenas uma entrevistas a dois profissionais que colaboram na vossa valência de lar. Neste sentido, venho solicitar a autorização para a realização deste trabalho e a indicação de possíveis entrevistados/as.

Colocando-me ao dispor para todos os esclarecimentos que considere necessários, envio os meus contactos pessoais e da aluna:

Sílvia Portugal – 938308145; [sp@fe.uc.pt](mailto:sp@fe.uc.pt)

Daniela Freitas - 916 720 156; [danielaodfreitas@sapo.pt](mailto:danielaodfreitas@sapo.pt)

Agradecendo, antecipadamente, toda a atenção e colaboração prestadas, envio os meus melhores cumprimentos.

Professora Doutora Sílvia Portugal

Professora Auxiliar da FEUC