

# **Institucionalização e des(identificação) da população idosa**

A minha experiência no convívio com os idosos institucionalizados

Dissertação de Mestrado

Cristina Isabel Botelho Simão

Mestrado em

**Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais**



# Institucionalização e des(identificação) da população idosa

Dissertação de Mestrado

Cristina Isabel Botelho Simão

## Orientador

Professora Doutora Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano

Dissertação de Mestrado submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais



## **Resumo**

Os idosos representam uma grande e importante parte da população do século XXI e a sua proteção é cada vez mais uma preocupação individual, comunitária e institucional, refletida na criação de várias organizações, eventos, iniciativas legislativas e de espaços onde a terceira idade se possa sentir protegida, socializar e identificar.

As estruturas residenciais para idosos são hoje uma importante resposta no apoio às famílias na prestação dos cuidados de saúde aos mais velhos, na socialização e na diminuição do isolamento e depressão que esta faixa etária está sujeita, envolvendo um processo de admissão mais ou menos rígido, que implica adaptação, identificação com o novo espaço, e alteração das rotinas diárias e da forma como se gere o património.

Contudo, não poderemos considerar, por si só, que a institucionalização contribua para a perda de identidade dos idosos, uma vez que, na maioria das vezes, é o próprio processo de envelhecimento o responsável pela perda das qualidades de vida do cidadão idoso. Há, contudo, que flexibilizar regras institucionais e promover aspetos identitários que permitam aos mais velhos potenciar o bem-estar nesta fase da vida.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento, institucionalização, lar de idosos, identidade, bem-estar.

## **Abstract**

The elderly represent a large and important part of the population of the 21st century and their protection is increasingly an individual, community and institutional concern, reflected in the creation of various organizations, events, legislative initiatives and spaces where the elderly can feel protected, socialize and identify.

Residential structures are today an important answer in supporting families, providing health care to the elderly, socializing and reducing the isolation and depression that this age group is subject to, implying a more or less rigid admission process, an adaptation phase, identification with the new space, alteration of their daily routines and the way they manage their heritage.

However, we cannot consider, by itself, that institutionalization contributes to the loss of identity of the elderly, since, in most cases, it is the aging process itself that is responsible for the loss of the elderly citizen's quality of life. However, it is necessary to relax institutional rules and promote aspects of identity that allow older people to enhance their well-being at this stage of life.

**Keys-Word:** aging, institutionalization, nursing home, identity, welfare.

A Deus que me tem presenteado com as maiores graças e bênçãos do céu e da terra,

Aos meus pais a quem espero poder um dia cuidar como bem cuidaram de mim,

Ao homem da minha vida com quem posso contar para todos os projetos,

À orientadora, Dra. Piedade Lalanda, por nunca me ter feito desistir,

Aos idosos que visitei e por quem nutri um carinho especial.

## **Abreviaturas**

**APAV** – Associação de Apoio à Vítima

**CRP** – Constituição da República Portuguesa

**DL** – Decreto-Lei

**IAS** – Indexante de Apoios Sociais

**INATEL** – Instituto Nacional para o aproveitamento dos tempos livres

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituto Particular de Solidariedade Social

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**SREA** – Serviço Regional de Estatística dos Açores

**UNECE** – Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa

## Índice Geral

I - Introdução .....	7
I. I - Metodologia .....	10
II – Pessoas idosas e envelhecimento .....	15
II. I - Representações de "ser idoso" .....	15
II. II – Envelhecimento e seus desafios .....	19
II. III - Alterações Demográficas e envelhecimento .....	25
III. IV - Proteção legal do idoso .....	31
III - Institucionalização dos idosos.....	37
III. I - O Estado Providência, a Segurança Social e as Misericórdias .....	37
III.II - Rendimentos e despesas da população idosa .....	41
III.III - Os cuidados prestados a idosos .....	43
III. IV - Os lares de idosos (estruturas residenciais para pessoas idosas).....	46
III.V - Motivações para a institucionalização - A institucionalização como alternativa à família .....	50
III. VI - Processo de adaptação .....	55
IV - Identidade patrimonial dos idosos .....	59
IV. I - Construção da identidade .....	59
IV. II - Identidade do idoso institucionalizado .....	62
V - Estudo de caso .....	65
V. I - Enquadramento do estudo .....	65
V. II - Realidade dos lares em estudo .....	69
V. II. I - Os cuidados prestados nas estruturas residenciais .....	69
V. II. II - Admissão na Instituição.....	73
V. II. III - Processo de Adaptação .....	76
V. II. IV - O contacto com a família e com a vida anterior à institucionalização.....	81
V. II. V - Identidade dos idosos institucionalizados .....	83
V. II. VI - Identificação patrimonial .....	86
VI - Conclusão:.....	91
VII - Fontes e bibliografia .....	97
VII. I - Legislação .....	103
VII. II - Sites de referência .....	104
VIII – Anexos .....	106

Anexo I .....	106
Anexo II .....	107
Anexo III.....	112
Anexo IV.....	114

## **Índice de gráficos**

**Gráfico I** – Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de longevidade em Portugal, entre 1961 e 2018;

**Gráfico II** – Índice de envelhecimento por ilha do arquipélago dos Açores em 2011.

## **I - Introdução**

A sociedade atual, no mundo ocidental, caracteriza-se por constantes e rápidas alterações demográficas que influenciam as estruturas familiares, nomeadamente, a diminuição do número de filhos, o acréscimo de famílias monoparentais e o aumento do divórcio, que refletem uma crescente autonomia e independência como características dos seres humanos em parte associadas à perda ou secundarização de valores como a entreajuda e a solidariedade, inclusive a que se estabelece entre gerações (Wall, 1993). Os indicadores de hoje demonstram que a sociedade tradicional deu lugar a uma sociedade com estilo de vida frenético, temporário, materialista e pouco valorizador do outro e do ser humano.

A perda de valores de cooperação, o individualismo e o desinteresse pelo outro reconduzem, necessariamente, a um impacto em todos os seres humanos, mas particularmente nos mais vulneráveis (Faria, 2009).

O grupo dos idosos é, por isso, uma principal preocupação, particularmente quando se assiste ao aumento crescente do envelhecimento da população portuguesa e também açoriana.

Os idosos estão sujeitos a um conjunto de riscos associados ao processo de envelhecimento, como a degradação física e psíquica, em especial quando se vive mais tempo, mas com diversos problemas de saúde associados. Acresce, a população idosa enfrenta dificuldades ao nível do isolamento, dos seus poucos recursos económicos para fazer face às suas necessidades e à diminuição dos recursos familiares de entreajuda que contribuem para a existência de vários problemas sociais idiossincráticos desta fase da vida (Fernandes, 1997). Assim, muitas vezes, as famílias não tem a capacidade para colmatar as necessidades da população idosa, pelo que se verifica uma crescente procura de instituições de apoio como alternativa no cuidado dos idosos em casa.

No interior da família, a dificuldade de homologação de léxicos e a diversidade de quadros conceptuais entre gerações, institucionalização das pessoas idosas como substituto dos contextos tradicionais de socialização, unidos à carente expressão de afetos e emoções, conduzem o ser humano, quase invariavelmente, ao reduto confinado do próprio eu, o que pode significar uma existência apagada, sem sentido e sem significado (Medeiros, 2013:129).

Com efeito, o Estado tem intervindo no sentido de apoiar as famílias e, por vezes, substituí-las no cuidado aos idosos e na satisfação das suas necessidades físicas, económicas e sociais, como é exemplo o serviço de apoio ao domicílio para a prestação de cuidados de higiene pessoal, higiene da habitação, alimentação e administração da medicação.

O aumento do número de lares de idosos é uma outra das respostas do Estado, que se concretiza, cada vez mais, em cooperação com instituições privadas, atendendo às metamorfoses que ocorrem nas famílias, por exemplo, ao crescente aumento dos casais com dupla carreira, aos horários laborais alargados e ao aumento da população mais velha, como desenvolveremos adiante. Por esta via, as respostas públicas visam contribuir para uma melhor qualidade de vida da população mais velha, particularmente aqueles que, por diversos motivos, acabam por escolher residir numa estrutura residencial para pessoas idosas<sup>1</sup>, vulgo lar de idosos, designação que será adotada ao longo deste texto.

A opção pela institucionalização implica necessariamente uma mudança, uma forma diferente de vida, desde logo porque significa abandonar um espaço privado, com histórias pessoais associadas que o torna personalizado, e passar a viver num espaço coletivo, em parte, despersonalizado.

O presente estudo pretende compreender as diversas mudanças que a institucionalização implica na vida de um idoso, nomeadamente, no seu estilo de vida e na gestão da sua vontade e do seu património. Procuraremos verificar se a institucionalização pode contribuir para o bem-estar da população idosa, respondendo à seguinte questão de partida: Para os idosos, qual o impacto da entrada na estrutura residencial na sua identidade e no seu bem-estar?

Hipoteticamente, pretende-se verificar, a partir do estudo de duas estruturas residenciais, se a entrada dos idosos para esses lares se deveu à diminuição de ajudas familiares, ao mesmo tempo que procuraremos verificar se essa mudança de espaço residencial implicou perdas ao nível da identidade destes idosos, do seu autoconceito, e se viver numa instituição aumentou o seu bem-estar.

Assim, as hipóteses que nos propomos responder ao longo do presente estudo são:

- i) Os motivos da entrada na instituição poderão dificultar ou facilitar o bem-estar do idoso na instituição?

---

<sup>1</sup> Inicialmente, era o despacho normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro que regulava as condições de instalação e funcionamentos dos lares de idosos. Posteriormente, o despacho normativo n.º 30/2006 de 31 de março, passou a enunciar o conceito de estrutura residencial, que tinha os mesmos objetivos dos lares de idosos, mas com uma estrutura física, de gestão e funcionamento distinta. Com a portaria n.º 67/2012 de 21 de março, uniformizou-se a legislação e criou-se a aceção estrutura residencial para idosos, atualmente utilizada, reunindo todas as configurações residenciais para os idosos, como resposta ao aumento da população idosa. De acordo com este diploma, artigo 1.º, n.º 2, considera-se estrutura residencial para pessoas idosas o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Nos termos do artigo 7.º, alínea a) e b) do referido diploma, a estrutura residencial para pessoas idosas pode assumir a modalidade de tipologias habitacionais, em apartamentos e ou moradias, a modalidade de quartos ou a modalidade de tipologias habitacionais.

- ii) A entrada na instituição é facilitada quanto maior for a autonomia ou dependência do idoso?
- iii) O bem-estar do idoso na instituição é influenciado pela relação com os seus familiares?
- iv) A institucionalização afeta negativamente a identidade do idoso?
- v) O bem-estar do idoso diminui com a entrada na instituição?

A primeira parte desta pesquisa apresenta uma análise dos dados publicados sobre a população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na Região Autónoma dos Açores. Para além disso, são analisadas diferentes representações do ser idoso, identificando problemas e desafios que se colocam à população idosa, de acordo com as características do processo de envelhecimento.

A pesquisa identifica, também, várias alterações demográficas que têm marcado a população portuguesa nos últimos anos, que contribuíram para uma nova conceção de idoso e que implicaram que o Estado tivesse que criar alternativas em termos dos cuidados a prestar à população idosa, particularmente quando esta revela maior vulnerabilidade, seja pelo avanço da idade ou da doença. Nesta pesquisa, é constante a análise legislativa sobre os diplomas que têm contribuído para a proteção dos idosos, nomeadamente, os regulamentos nacionais e regionais que condicionam a vivência do dia a dia do idoso nas estruturas residenciais.

Nesta senda, iremos também caracterizar o modo como o Estado tem respondido às necessidades da população idosa, e quais as respostas que podemos classificar como alternativas aos cuidados prestados pela família.

Numa segunda parte desta pesquisa, iremos analisar os cuidados que são prestados nas estruturas residenciais para pessoas idosas, as dificuldades sentidas pelos idosos aí residentes, no processo de adaptação, bem como os desafios que a entrada num lar pode potenciar, procurando definir ou abordar, como o idoso institucionalizado se identifica com o espaço onde vive e com a sua nova realidade.

O conceito de identidade toma assim um papel principal neste estudo, na medida em que, numa terceira parte, se procura verificar se a institucionalização contribui ou não para perdas ao nível da identidade do idoso, com particular enfoque para a identidade patrimonial.

O estudo também pretende perceber a realidade dos idosos em Portugal, dando maior enfoque à realidade açoriana, analisando os dados demográficos da população idosa nos Açores, o processo de envelhecimento e a realidade dos idosos institucionalizados e das estruturas residenciais para pessoas idosas.

Neste sentido, para concretizar esta pesquisa, foram selecionados dois lares situados em São Miguel/Açores, o Lar Bom Jesus e o Lar Residência Segura, o primeiro pertencente a uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e o segundo de iniciativa privada lucrativa.

Assim, numa primeira parte são identificadas as estruturas residenciais na Região e caracterizadas as duas instituições em estudos, os idosos nela institucionalizados, bem como os métodos utilizados para a obtenção dos resultados que se pretende obter com o presente estudo.

Através da observação do espaço onde os idosos convivem, da sua realidade e quotidiano, foi possível identificar os cuidados prestados pelos lares e os tipos de serviços prestados, as atividades diárias das instituições e o tipo de profissionais que cada estrutura tem ao seu serviço, bem como o modo como estes se relacionam com os idosos e o contacto com a família biológica após a institucionalização.

As entrevistas com os diversos colaboradores e idosos de ambas as instituições permitiram verificar o processo de admissão, adaptação, a identidade dos idosos aos nível espacial, temporal e, mais concretamente, a sua identidade patrimonial.

Desta forma logrou-se, através de entrevistas realizadas aos idosos residentes e aos seus funcionários, bem como da observação não participante das dinâmicas de funcionamento das instituições, preencher empiricamente o presente trabalho e dar resposta às hipóteses do presente estudo.

## **I. I - Metodologia**

O que distingue a investigação científica de outras formas de indagação acerca do nosso mundo é que esta tem subjacente um método específico. Há um modo de fazer as coisas, de colocarmos as questões e de formular as respostas, que é característico da ciência, que permite ao investigador desenvolver o seu trabalho de um modo sistemático (Vilelas, 2017:16).

Assim, a investigação científica é o método de aquisição de conhecimentos, organizado e alicerçado num conjunto de fases na sua construção e reproduzido através de descrições e explicações de facto, e/ou, ainda da recolha de dados empíricos com vista a descrever e a explicar os fenómenos (Fortin, 1999).

Neste sentido, para a realização do presente estudo, foi patente a preocupação de caracterizar o conceito de idoso, o processo de envelhecimento e de compreender, através da revisão de

diversa literatura<sup>2</sup>, os fenómenos de institucionalização e a sua relação com a identidade, bem como de, através da recolha dos dados empíricos proceder à concretização dos objetivos inicialmente propostos e das hipóteses a que me propus responder.

Podemos distinguir dois grandes métodos de investigação: o método qualitativo e o método quantitativo. Este último é um processo complexo de colheita de dados observáveis e quantificáveis que procura controlar os acontecimentos verificados. Já o método qualitativo visa a observação, descrição, compreensão e avaliação do fenómeno que se pretende estudar na sua globalidade, sem procurar quantificá-lo ou controlá-lo (Fortin, 1999).

Atendendo aos fenómenos em estudo, ao vasto universo dos sujeitos envolvidos e ao fim que a investigação visava, foi adotado o método qualitativo, de forma a permitir compreender e avaliar qual o impacte que a institucionalização pode ter no bem-estar dos idosos.

No âmbito do método qualitativo foi adotada a técnica de estudo fenomenológico através da recolha de dados por entrevistas exploratórias, mas também através da observação não participante.

A observação é a chave do conhecimento e constitui o elemento central do processo de investigação (Fortin, 1999:36), pelo que, se privilegiou a obtenção da informação para o estudo através da presença diária e observação direta das diversas atividades desenvolvidas pelo lar, o que permitiu uma maior proximidade e diálogo com idosos residentes e com os funcionários das instituições, bem como a aproximação à realidade de cada instituição e fiabilidade do estudo através da observação não controlada. Para o efeito, as instituições em análise possibilitaram que estivesse presente e vivenciasse o quotidiano dos idosos, o que facilitou o acesso a um maior conhecimento das pessoas em causa e a criação de laços de confiança, elemento fundamental para que estes idosos pudessem partilhar desabafos e alegrias, histórias de vida, ao mesmo tempo que facultavam um melhor conhecimento da dinâmica vivida em cada instituição, incluindo as atividades de vida diária, momentos de lazer, convívio, repouso e a própria inter-relação entre idosos e os colaboradores da instituição. Assim, esta observação participante de ambas as instituições em estudo, permitiu verificar o equipamento e organização espacial das instituições, dos serviços e atividades que cada lar oferece ou pode oferecer, bem como dos profissionais afetos às estruturas residenciais para idosos, como constantes do Capítulo V.III, facilitando o conhecimento

---

<sup>2</sup> Serve para documentar e justificar as ideias que sustentam a questão de investigação e corresponde à reunião de vários textos sobre o determinado assunto, estabelecendo a relação entre eles e expondo a problemática comum (Fortin, 1999, citando Tremblay, 1994).

aprofundado da realidade de cada instituição, das principais características de cada uma e uma análise comparatística entre estas.

Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas, utilizando um guião prévio com as questões principais que visavam explorar o objeto do presente estudo (em anexo IV), não sem antes garantir que cada idoso consentia na partilha das informações prestadas. Neste sentido, foi previamente entregue a cada um dos entrevistados o protocolo de consentimento informado, que se anexa ao presente (anexo II), e que foi assinado pelos interessados que aceitaram participar, após tomarem o conhecimento dos objetivos do estudo, do seu carácter sigiloso e da forma como os seus dados seriam tratados, garantindo o direito dos intervenientes à sua autodeterminação, ou seja, à possibilidade de livremente decidirem sobre a sua participação ou não na investigação, bem como garantindo o seu direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade (Fortin, 1999).

Além do mais, foi utilizada uma linguagem clara e próxima dos idosos, como se de uma conversa se tratasse, atendendo à especial vulnerabilidade da amostra inquirida, uma vez que, segundo Fortin (1999:123) “os direitos das pessoas ou grupos vulneráveis exigem uma proteção acrescida e uma sensibilidade adicional da parte dos investigadores”.

Todos os inquiridos estavam na plenitude das suas faculdades mentais, apesar de algumas ou bastantes debilidades físicas, forma a que o estudo fosse fiável e o mais aproximado da realidade possível. Para o efeito, aquando da entrada dos idosos para o Lar, a Instituição classifica-o segundo índices de dependência, como é o caso do índice de *Lawton e Brody*<sup>3</sup> ou do *índice de Barthel*<sup>4</sup>, que permitem avaliar a capacidade e autonomias do idoso para a

---

<sup>3</sup> O índice de Lawton e Brody verifica a aptidão do idoso para a realização das designadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), as quais se dividem em: utilização de telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem de roupa, utilização de meios de transporte, manejo de medicação e responsabilidade nos assuntos financeiros. O avaliador atribuiu uma pontuação de 0, no caso de idosos dependentes, e de 1 para idosos independentes, em cada uma das tarefas e o resultado total final ficará enquadrado entre 8, considerados idosos independentes, e 0, considerados idosos com dependência total (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

<sup>4</sup> O *índice de Barthel*, que na sua versão original se pode encontrar como anexo I ao presente estudo, corresponde a uma escala que varia de 0 a 100 pontos, devendo o avaliador verificar o nível de dependência do sujeito atribuindo a cada uma das atividades elencadas a pontuação de 0, se o indivíduo for totalmente dependente para as referidas atividades, ou a pontuação máxima de 5, 10 ou 15, consoante o indivíduo for totalmente independente para as atividades diárias em avaliação, nomeadamente, alimentação, mobilidade, atividades de higiene, de vestuário e de controlo intestinal e urinário. Se no total o índice de dependência se computar entre os 21 e os 60 pontos significa que o indivíduo é gravemente dependente, se se situar entre os 61 e os 90 apresenta moderada dependência, entre os 91 e 99 tem muita leve dependência e, se a soma dos pontos das atividades diárias corresponder a 100 significa que o indivíduo é independente (Direção Geral de Saúde, 2011).

realização de um conjunto de atividades diárias de forma a viver independente na comunidade. De acordo com este último índice, são identificando três níveis de competência: 1) Desempenho de atividades sociais e ocupacionais; 2) Desempenho das atividades instrumentais de vida quotidiana, como fazer compras, utilizar transportes, gerir o dinheiro; 3) Desempenho de atividades de cuidado pessoal, como tomar banho, vestir, pentear-se ou atividades da vida diária como cozinhar e lavar a roupa.

Assim, com base na avaliação do grau de dependência dos idosos e da necessidade de apoio de um terceiro, tanto podemos ter pessoas totalmente dependentes (sem capacidade de realizar sozinhas as suas atividades de cuidado pessoal ou mesmo as atividades de vida diária, ocupacionais e sociais), como pessoas independentes ou menos dependentes, que apenas têm dificuldade em realizar algumas das competências previstas neste índice, mas que podem desempenhar, autonomamente, as principais tarefas da vida quotidiana. Como veremos adiante, é com base no *índice de Barthel* que os lares em estudo enquadram o idoso e estabelecem o seu grau de dependência e a correspondente prestação a liquidar em contrapartida dos serviços prestados nos lares.

Como nem todos os idosos se inserem na condição de dependência, com perda significativa de capacidades físicas e/ou mentais, não é possível traçar um perfil único do que significa "ser idoso" que possa enquadrar diferentes pessoas numa mesma categoria de idade ou grau de dependência. Há, portanto, que ter em conta, uma diversidade de condições, nomeadamente os percursos vividos e as condições sociais, económicas e até ambientais, em que se enquadram as histórias de vida das pessoas mais velhas, condições estas, também elas, sujeitas a transformações.

No entanto, após apuramento junto das Instituições, todos os entrevistados que o consentiram tinham capacidade para responder às questões, tendo sido possível reproduzir neste estudo excertos da experiência de alguns idosos institucionalizados, registando as suas motivações aquando da procura da instituição, o seu processo de adaptação, verificando em que medida a sua identidade foi ou não afetada pela entrada no lar, e avaliando se, no final, consideravam que viver na instituição lhes proporcionava, ou não, bem-estar.

Para além dos idosos residentes, foram entrevistados aqueles que, diariamente, tem a responsabilidade de lhes proporcionar cuidados, procurando identificar a sua perceção sobre o bem-estar dos idosos residentes e o modo como estes reagem às regras que disciplinam/condicionam a vivência em grupo, utilizando também como base das entrevistas um guião orientador que se junta em anexo ao presente estudo.

Com esta dissertação e através dos métodos utilizados procura-se contribuir para a compreensão do fenómeno de institucionalização dos idosos e avaliar em que medida a estrutura residencial responde ao às necessidades da população idosa, cada vez mais presente, considerando os seus aspetos positivos e negativos e aprofundando a questão da relação entre o processo de institucionalização e o modo de funcionamento das instituições e o impacte que exercem sobre a identidade patrimonial dos idosos e o seu próprio bem-estar.

## **II – Pessoas idosas e envelhecimento**

### **II.1 - Representações de "ser idoso"**

Para a ONU os idosos são pessoas com idade superior a 65 anos, que estão sujeitas a um conjunto de mudanças caracterizadas pelo empobrecimento do seu domínio físico (perda de força, de mobilidade, maior suscetibilidade à doença, maior dificuldade de recuperação, perda progressiva de visão, audição e capacidade locomotora) o empobrecimento do seu domínio mental (com maiores dificuldades de concentração e memorização e uma maior arduidade na realização de atividades intelectuais) e apresentam, ainda, ao nível do domínio social, elevadas dificuldades de relacionamento com os outros (Presidente do Comité ONU, 2002).

A categorização da idade da população considerada idosa decorre, essencialmente, da idade da reforma, resultado da definição estatal e das representações socialmente construídas do idoso (Fernandes, 1997). Portanto, a tónica na categorização do idoso é o seu registo de idade a partir de 65 anos, apesar de a idade não se limitar a um fenómeno natural, cronológico, podendo ser sentida de diferentes formas por cada pessoa, de acordo com a sua classe profissional, grupo cultural e história de vida.

Assim, o recurso aos termos "idoso" ou “senior” surge para eufemizar a palavra “velho” ou de “terceira idade”, atribuindo uma conotação mais respeitosa e essencialmente associada à reforma (Carvalho, 2005).

Numa sociedade de mudança, alteram-se os valores e verifica-se a alteração do estereótipo (realidade social construída) das pessoas idosas. Para muitos, a velhice está associada à doença, daí a opção de retirar os idosos das suas residências para os integrar em lares, onde passam a ser chamados de utentes, associando a sua condição de idoso a um ser doente (Guedes, 2012). No entanto, se é certo que o idoso pode ser uma pessoa fragilizada e sujeita aos perigos do envelhecimento, não é menos certo que esta é uma realidade socialmente construída que necessita de ser desconstruída para melhor se adaptar ao aumento do envelhecimento e à nova conceção de idoso, que se caracteriza por valores de juventude, que procuram tirar a carga negativa do abandono social dos idosos e dos estereótipos comuns para implementar visões mais positivas, que valorizem as capacidades dos mais velhos e a sua importância para o desenvolvimento da sociedade, transmitindo também a ideia do conhecimento adquirido e construído ao longo da vida (Medeiros, 2013).

Assim, a sociedade vai construindo conceitos, categorizações, codificações, identidades e valores em torno do conceito de idoso, alterando constantemente a sua representação<sup>5</sup>. Se, em alguns contextos, os idosos continuam a representar referências de conhecimento, "bíblias" de valores, bibliotecas de sabedoria e experiência, noutros, passaram a ser vistos como um peso morto e um problema de sustentabilidade social (Capucha, 2005).

Particularmente, nos últimos anos, as rápidas alterações demográficas, que caracterizaremos adiante, com particular ênfase para o aumento da esperança média de vida, fazem com que a definição de idoso, assente na identificação associada à idade da reforma, não seja adequada. A própria sociedade tem vindo a alterar as suas conceções e ideologias, centrando a caracterização de idoso, menos na idade e mais na perda de determinadas faculdades ou funcionalidades, com implicações na sua autonomia e qualidade de vida.

Portanto, a palavra "idoso" pode abarcar um conjunto muito diferente de condições de velhice. E, se tivermos em conta o aumento do número de pessoas idosas, com mais de 65 anos, e o número crescente de pessoas muito idosas (com mais de 75 anos), são necessárias respostas a novas necessidades, nomeadamente o facto de ser mais frequente a existência de idosos com elevado grau de dependência e que necessitam de outros para a prestação de cuidados de vida diária (Carvalho, 2005).

Os sexagenários de hoje tem uma maior esperança média de vida<sup>6</sup>, em regra, possuem acesso a mais cuidados de saúde, meios económicos e culturais o que permite reformular o próprio conceito de idoso, que deixa de estar associado apenas à idade da reforma, uma vez que há a considerar o aumento do espaço temporal após a saída do mercado de emprego, fazendo com que "idade" e "reforma" sejam entendidos como dois conceitos que não se sobrepõem, porque não representam uma mesma realidade (Fernandes, 1997).

Quando comparamos com os séculos anteriores, os idosos do século XXI são mais velhos, mais ativos e produtivos. Para além disso, cada vez mais, as transições entre uma geração e outra não são lineares e claras, mas caracterizadas por movimentos complexos e incertezas que dificultam a caracterização do que se define por velhice, a conceção do que é ser idoso

---

<sup>5</sup> A representação é um conjunto de proposições, ações, opiniões, avaliações emitidas pelos indivíduos alicerçadas na realidade envolvente, imagens, valores e atitudes (Castro, 2002).

<sup>6</sup> Como veremos melhor adiante, em Portugal, de acordo com o INE, a esperança média de vida, em 2017, para o total da população foi de 81,6 anos de idade, enquanto que, a esperança média de vida à nascença em 1980 era de 71,5 anos de idade. Nos Açores, segundo os estudos do "Pordata", a esperança média de vida também acompanhou a tendência, sendo que, no ano de 2001 era de 73,6 anos e em 2016 era de 77,5 anos. A esperança média de vida depende, em grande medida, do local de residência, do acesso a condições de saúde da população, mas, na generalidade, nos últimos anos assiste-se ao seu aumento por todos as regiões do país.

e a identificação de quando ocorre a transição para esta fase da vida (Cabral, M., Ferreira, P., Jerónimo, P. & Marques, T., 2013).

Assim, quando se define a condição da pessoa mais velha utilizando os termos de idoso, velho ou sénior, tem-se por referência a idade (Medeiros, 2013), mas, quando se pretende é valorizar o conhecimento e a experiência, são também utilizadas designações como "ancião", "sábio" ou "mestre" que, ao contrário da ideia de finitude temporal, referenciam papéis sociais importantes atribuídos aos mais velhos da comunidade.

No entanto, o vocabulário que utilizamos para nos referirmos aos adultos mais velhos expressa, por si só, a nossa representação de idoso e poderá, ainda que não intencionalmente, gerar atitudes que configuram *idadismo*. O conceito de *idadismo*, utilizado pela primeira vez por Robert Butler em 1969, sintetiza os comportamentos, as atitudes e práticas discriminatórias que se baseiam, única e exclusivamente, na idade da pessoa e que tanto se podem verificar em relação aos mais jovens, como nos idosos. Neste caso designado de “gerontismo” (Marques, 2016).

O *idadismo* ou *gerontismo*<sup>7</sup> decorre do estereótipo enraizado em valores culturais e institucionais que remetem para a improdutividade e para as perdas decorrentes do envelhecimento, que são associadas às pessoas idosas, consideradas tendencialmente incapazes e doentes. Ao mesmo tempo, com base neste tipo de reação, é possível registar atitudes de desvalor, paternalismo e piedade para com os mais velhos. Familiares, instituições ou a sociedade, na sua generalidade, adotam comportamentos discriminatórios quando se trata de integrar as pessoas idosas, podendo chegar a abusos de poder e maus tratos ou, por outro lado, atitude que não potenciam a autonomia e as capacidades dos mais idosos em virtude da ajuda ou proteção excessivas.

Assim, desconstruir o estereótipo associado à representação de idoso é o primeiro passo para a diminuição da discriminação, particularmente quando se assiste à melhoria das condições de vida e quando a reforma é antecipada e a passagem da condição ativa para a inatividade pode acontecer em diferentes idades, deixando de fazer sentido categorizar a condição da pessoa mais velha tendo apenas por critério a sua idade (Marques, 2016).

Para além destes critérios, é cada vez mais relevante considerar a condição da pessoa, não apenas em termos da sua condição física, mas sobretudo ao nível psicossocial, ou seja, das

---

<sup>7</sup> De acordo com os resultados das questões sobre “Idadismo” do *European Social Survey*, de 2009, a sociedade portuguesa é profundamente *idadista*, uma vez que a discriminação em relação à idade foi considerada a principal forma de discriminação sentida pelos portugueses, atingindo com maior ênfase as pessoas mais velhas (Marques, 2016).

suas competências pessoais. Por vezes, a chegada da idade da reforma não coincide com a vontade do cidadão em deixar de ser ativo e o reconhecimento dessa capacidade, fundada em condições de saúde física e psíquica, permitiria continuar a trabalhar, ainda que em condições diferentes, nomeadamente, com maior flexibilidade de horário, diversidade nos serviços, inclusive com rentabilização da sabedoria acumulada, com benefícios para ações de ensino/testemunho dirigidas aos mais novos, potenciando o diálogo e a cooperação entre as gerações, seja em contexto das empresas, dos serviços públicos ou nas famílias. Segundo Cabral, M., Ferreira, P., Jerónimo, P. & Marques, T., (2013), deveria permitir-se a acumulação de rendimentos laborais e de aposentação. Para quem foi ativo profissionalmente, durante mais de trinta ou quarenta anos, a transição brusca entre o trabalho remunerado e a condição "inativa" é muitas vezes a causa para as dificuldades de aceitação do envelhecimento, da perda de sentido da vida e o início do isolamento. Noutros casos, há pessoas para quem a idade da reforma deveria ter sido antecipada, dadas as suas incapacidades.

Daí se pode concluir que, a idade "padronizada", nem sempre é um critério adequado para decidir a transição entre vida ativa e inativa, implicando a necessidade de serem adotadas medidas de política social, que permitam mediar, de forma flexível, a definição de um e outro tempo (Medeiros, 2013).

Estas indefinições levam a que se questione (Medeiros, 2014 citando Balin, 1994), por exemplo, qual a melhor forma de quantificar o envelhecimento, refletindo uma grande preocupação com a adequabilidade dos indicadores utilizados para avaliar a estrutura demográfica e o peso do envelhecimento de uma população.

Logo, para podermos definir a categoria dos idosos, há que ter em conta a *idade física* ou biológica, inerente ao envelhecimento orgânico, e a *idade social* que revela a forma como os indivíduos vão prescindindo dos seus deveres e direitos de cidadãos e, ainda, a *idade psicológica* que se caracteriza pelo desempenho cognitivo da pessoa em relação ao avançar da idade (Fontaine, 2000). No entanto, a *idade social*, a *idade biológica* e a *idade psicológica* podem não coincidir necessariamente. A idade que o coração apresenta é baseada em critérios de funcionalidade e não é idêntica à idade que consta do cartão de cidadão, nem à idade que as nossas experiências e o nosso espírito refletem (Medeiros, 2014).

Para Medeiros (2013), citando Birrem (1985), a *idade biológica* encontra-se ligada ao envelhecimento orgânico, em que se começa a verificar uma diminuição do funcionamento dos órgãos, enquanto que a *idade social* está relacionada com a importância atribuída pelo idoso às relações com a sociedade onde o indivíduo está inserido e a *idade psicológica* reflete

o comportamento da pessoa em relação à mudança, incluindo a memória, inteligência e motivações empreendedoras.

É, portanto, com base nestes três critérios (físico, psicológico e social) que podemos avaliar o grau de dependência dos idosos, tendo por referência as suas diferentes competências físicas, cognitivas, afetivas e definindo, a partir dessa condição, os cuidados e as respostas que se adequam a cada idoso, utilizando, por exemplo, como supra melhor explicado, o *índice de Barthel*.

Assim, ao procurarmos (re)construir o conceito de idoso e definir qual o seu papel na sociedade, julgamos pertinente afastarmo-nos da simples referência ao processo de natureza biológica ou da dependência decorrente da perda de competências autónomas e passemos a considerar o valor atribuído ao percurso vivido, do qual resultam experiências e sabedoria, património que é passível de ser transmitido às gerações mais jovens, capaz de impulsionar atividades de valorização dos mais velhos, e que permite construir uma sociedade mais inclusiva e coerente com a sua própria história.

Este processo exige que se mude a representação do "ser idoso", veiculada nas instituições, empresas e comunicação social e, sobretudo, que marca a forma como os idosos se inserem nas relações familiares. Mudar a representação do "ser idoso" implica que cada cidadão, incluindo o próprio idoso, seja capaz de contribuir para a construção dessa nova representação, desde logo, pela consciência do processo de envelhecimento que implica aceitar perdas, sem no entanto desistir de interagir com o mundo, sociabilizar e de se superar, particularmente nas situações em que necessita de cuidados prestados por terceiros, sem os quais não poderá manter um grau aceitável de bem-estar.

## **II. II – Envelhecimento e seus desafios**

O termo científico de envelhecimento designa-se de *senescência* (Medeiros, 2013) e diz respeito ao processo biológico de mudanças, de forma e de função, ao longo do tempo de vida nos organismos após a maturação sexual. É, portanto, um processo que se inicia logo com o nascimento.

Contudo, o conceito sociológico de envelhecimento foi construído essencialmente a partir do século XX através de experiências de envelhecimento saudável e de envolvimento social, tendo surgido vários estudos e teorias, em todas as áreas das ciências sociais, sobre o envelhecimento (Medeiros, 2014).

Durante muitos anos o envelhecimento foi considerado (Medeiros, 2014, citando Berger, 1995) como uma doença que resultava da conjugação de doenças e acidentes. Assim, a prevalência de problemas relacionados com a saúde no decurso do envelhecimento, faz com que muitas pessoas, quando questionadas sobre o que é o envelhecimento o associem logo à doença. (Fonseca, 2004).

Porém, foi com MacArthur, Kahn e Rowe (Neri, 2006), que surgiu uma perspetiva distinta de envelhecimento, que distancia a análise do fenómeno de envelhecimento da sua dimensão apenas patológica, tentando também estudá-lo de uma forma não patológica e “bem-sucedida”, na qual envelhecer, com qualidade, resulta da combinação de componentes: ausência de doença, bom funcionamento cognitivo e compromisso com a vida. Para estes autores, o processo de envelhecimento nunca deve ser abordado apenas enquanto processo biológico, pois esta é apenas uma das suas dimensões.

Por isso, a OMS define o envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que possibilita o bem estar do idoso, ou seja, a possibilidade de os indivíduos da terceira idade se valorizarem, tendo a capacidade de atender às suas necessidades básicas, apreender, construir relacionamentos, tomar decisões e contribuir para a sociedade.<sup>8</sup>

Na perspetiva de Castro (2002), o envelhecimento é sobretudo de natureza genética, mas muito influenciado pela nutrição, pelos estilos de vida e pelo ambiente.

Portanto, o envelhecimento não deve ser considerado um estado, mas sim um processo multifacetado e variável. É uma realidade mutável que não se reflete da mesma forma em cada idoso e que é, essencialmente, influenciada pelas condições de saúde, pelas experiências sociais, pelo contexto pessoal (Cabral, 2013), face ao nível económico, cultural, educacional de cada indivíduo e da sociedade em que se insere, e nem o homem ou a mulher envelhecem da mesma forma, nem é igual o modo como se envelhece no campo ou na cidade.

No entanto, aliados aos factores que promovem um melhor desenvolvimento, novos desafios se colocam, como resultado do facto de as pessoas, por viverem mais tempo, ficarem também sujeitas a um maior número de doenças decorrentes do avanço da idade, problemas sociais e/ou pessoais, bem como o acréscimo de despesas em equipamentos e serviços sociais destinados a esta população mais envelhecida.

---

<sup>8</sup> Informação disponível em: <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

Trata-se de um desafio mundial, por isso o envelhecimento está na ordem de trabalhos das Organizações internacionais, nomeadamente da ONU<sup>9</sup> e da Comissão Europeia (Cabral, 2013), bem como a nível nacional, já que os Estados membros da União Europeia têm respondido a esta preocupação criando e apoiando várias políticas e iniciativas direcionadas para o problema do envelhecimento, permitindo o acesso generalizado a condições de saúde e de segurança, capazes de promover a qualidade de vida na velhice, multiplicando medidas em prol do envelhecimento ativo<sup>10</sup>, que demonstrem a capacidade das pessoas idosas para serem produtivas na sociedade e na economia.

Para Capucha (2005), o envelhecimento das populações provoca três grandes problemas:

- i) A inatividade decorrente da saída do mercado de trabalho;
- ii) O isolamento;
- iii) A dependência.

Como referimos, muitas pessoas que estão em idade de reforma, encontram-se com total capacidade para o trabalho, pelo que, a rutura com o núcleo dos colegas de trabalho, com a rotina laboral e com os afazeres diários poderá provocar graves problemas ao nível da sua identidade pessoal, do sentimento de utilidade e de participação social. Não raras vezes, ocorrem nestas populações quadros depressivos e atitudes pessimistas que potenciam com que o isolamento seja a segunda grande preocupação do envelhecimento (Cabrera, 2009)<sup>11</sup>, também provocado pela saída dos filhos que se afastam por razões profissionais, e se agrava

---

<sup>9</sup> A título exemplificativo, poderemos indicar que, em 2010, a Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa definiu quatro grandes eixos de reflexão para os governantes dos países europeus, que permitissem aos países adaptar-se ao aumento do envelhecimento generalizado. Entre estes eixos, pretende-se uma prevenção ativa do envelhecimento em matéria de saúde, facilitando o acesso à saúde, a todos os locais, às novas tecnologias e à sua participação na sociedade. Como segundo eixo de reflexão, a ONU chama à atenção para as desigualdades existentes entre os rendimentos dos reformados, e entre homens e mulheres reformados/as. Por outro lado, pretendem também alertar para a necessidade de facilitar o consumo às pessoas idosas, adaptando os produtos e serviços e, por último, recomendações para que os Estados permitam e simplifiquem procedimentos administrativos de forma a que os idosos possam aceder à vida social, por exemplo, através da implementação de taxas preferenciais para esta faixa etária e ajuda em tarefas domésticas.

<sup>10</sup> Portugal tem respondido a estas preocupações, por exemplo, quando em 2017 foi apresentado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que pretende melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde dos idosos, assegurar a participação dos idosos na sociedade, diminuir o isolamento, a dependência económica, como é o caso das medidas que têm em vista desincentivar o abandono da vida ativa e estimular a presença no mercado de trabalho, reduzindo a flexibilização da idade de acesso à pensão de velhice por antecipação, conforme o DL n.º 8/2015 de 14 de Janeiro e o DL n.º 10/2016 de 8 de março, bem como a possibilidade de acumulação de pensões de velhice com rendimentos de trabalho.

<sup>11</sup> A Fundação Francisco Manuel dos Santos, publicou em 2013 um estudo que reflete a diminuição das formas de participação social com o avançar da idade, em função do menor grau de escolaridade. Para além disso, o estudo conclui que os viúvos participam menos em atividades organizadas para a sua faixa etária, o que reflete um grau acrescido de risco de isolamento.

se, entretanto, ocorre a perda do cônjuge, ou de outro familiar, companhia diária nas atividades do dia a dia (Cabral, 2013).

Em Portugal, desde 1999 que o número de agregados domésticos privados unipessoais de indivíduos com 65 anos ou mais tem aumentado. No ano de 2018, registavam-se 508 000 agregados unipessoais de idosos, cerca de mais quase 180 000 agregados unipessoais de idosos do que em 1999<sup>12</sup>, sendo que, da totalidade dos agregados domésticos unipessoais em Portugal, a faixa etária de 65 anos ou mais é a que apresenta um maior peso.

Contudo, o isolamento não resulta apenas da perda da condição de ativo, mas pode resultar de outros factores, por exemplo, relacionados com a saúde mental, como seja a depressão, contribuindo para a insegurança do cidadão mais velho e para um eventual risco de exclusão social.

Nesse sentido, todas as atividades que possam ocupar e potenciar as competências destes idosos são importantes, nomeadamente as que apostam na "aprendizagem ao longo da vida" como é o caso das universidades para a terceira idade, onde é possível apostar na formação contínua ou outros projetos "adormecidos" durante o período ativo.<sup>13</sup> Há ainda a referir as atividades de manutenção da atividade física, cada vez mais frequentes nos ginásios ou trazida para os espaços de convívio, onde se aposta em exercícios que promovem flexibilidade, postura e equilíbrio do idoso,<sup>14</sup> bem como iniciativas que apostam no incremento da participação social dos idosos, como sejam as que são protagonizadas por associações sénior, atividades regulares da iniciativa de centros paroquiais, juntas de freguesia ou outros grupos de convívio. Constata-se, ainda, a presença de pessoas mais

---

<sup>12</sup> Segunda dados do “Pordata”, atualizados em 12 de fevereiro de 2019.

<sup>13</sup> Por exemplo, o Programa “Turismo Sénior” promovido pela Fundação INATEL, a partir de 2012, que promove um programa turístico para a população sénior, conforme o descrito no Relatório de Portugal para a UNECE, de março de 2017, ou, também a iniciativa do Governo dos Açores que criou o programa “Meus Açores Meus Amores” que promove viagens dos residentes nos Açores com mais de 60 anos para uma outra ilha à sua escolha, comparticipando nas despesas da viagem, alojamento, refeição, passeios e diversões para o idoso e acompanhante, segundo os rendimentos dos viajantes, nos termos do regulamento aprovado por Despacho n.º 103/2017 de 21 de Janeiro de 2017 da Secretaria Regional de Solidariedade Social e Secretaria Regional da Energia, Ambiente e Turismo.

<sup>14</sup> A esse respeito, por exemplo, a Direção Regional da Solidariedade Social do Governo dos Açores, publicou em 2017 um Manual de Apoio Prático ao Cuidador para “Prevenção de Quedas em Idosos nos domicílios”, com o intuito de ajudar os idosos e cuidadores na prevenção de quedas, ou ainda a atuação que tem sido desenvolvida pela Direção Regional da Habitação na tentativa de um levantamento dos elementos que contribuem para a queda dos idosos em casa, intervindo em cerca de 180 habitações, até ao final do ano de 2019, para adaptar as residências às limitações dos idosos (www.azores.gov.pt, consultado em 19.08.2019)

velhas em projetos de voluntariado<sup>15</sup>, por exemplo, em hospitais e lares de acolhimento, não esquecendo que muitos são os idosos/avós que cuidam dos netos ou dão apoio a outros familiares em tarefas do dia a dia. Todas estas formas de atividade refletem a preocupação da comunidade e dos próprios cidadãos mais velhos em procurar formas para vivenciar um envelhecimento ativo e atribuir-lhe um sentimento de utilidade.

Para além destas iniciativas poderemos também referir que o uso das novas tecnologias é uma fonte de combate ao isolamento, que permite aos mais velhos adquirirem maior autonomia, participação social, permitindo desfrutar do tempo de forma diferente, aumentar os seus conhecimentos e promoverem o desenvolvimento pessoal (Dias, 2012).

No que diz respeito ao presente estudo, há que ressaltar que a institucionalização até pode ser, também, uma resposta ao isolamento, mesmo quando não existe perda total de autonomia. Como veremos no subcapítulo III.VI, os lares contribuem para contrariar a situação de marginalidade, exclusão e isolamento social (Guedes, 2012).

Relativamente ao problema da dependência dos mais idosos, importa referir que, apesar de haver um grande número de pessoas que envelhecem sem que isso signifique a perda total de faculdades físicas e mentais, isso não impede que algumas se tornem dependentes do cuidado de terceiros, inclusive para a realização de tarefas simples do quotidiano. Nestes casos, tornam-se particularmente importante as fontes de ajuda, quer familiares ou institucionais.

Na dependência, a resposta institucional toma, frequentemente, uma maior expressão, através da procura de serviços de ação social, quando não é possível obter ajuda de familiares ou vizinhos. Essa ajuda irá depender das necessidades do cidadão idoso e podem ir desde o apoio domiciliário, à permanência num centro de dia ou de noite, conforme o período do dia em que o idoso mais necessita da prestação do serviço. Quando não é possível equacionar períodos do dia na casa do próprio idoso ou de familiares, a resposta institucional acaba por ser a mudança para uma estrutura residencial, em geral destinada a idosos mais dependentes, como veremos no presente estudo, cujos familiares não têm como fazer face às necessidades

---

<sup>15</sup> Por exemplo, o programa de voluntariado promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian para pessoas com mais de 55 anos que pretendam, voluntariamente, participar em projetos nos Países de Língua Oficial Portuguesa. A este respeito, segundo o INE, em 2018, a taxa de voluntariado ou seja, a percentagem da população residente com mais de 15 anos que participou em pelo menos uma atividade formal ou informal de trabalho voluntário, foi de 7,8%, sendo que o escalão etário que apresentou uma menor taxa de voluntariado foi o escalão etário dos maiores de 65 anos, ao contrário do escalão etário entre os 15-24 anos que apresentaram a maior taxa de voluntariado. Tal demonstra que, a esse nível, ainda há que reforçar a promoção do voluntariado nos mais idosos como forma de colmatar a inatividade provocada pela reforma e evitar o isolamento e os efeitos a este associado.

que decorrem dessa situação de maior dependência, nomeadamente ao nível da medicação, orientação e ajuda na realização das atividades de vida diária.

Segundo vários autores como Neri (2006) e Medeiros (2013) citando Rowe e Kahn (1998) podemos distinguir, tendo por referência a condição de bem-estar do idoso, vários tipos de envelhecimento:

- i) o envelhecimento bem-sucedido, onde a pessoa goza de bem-estar pessoal e social, desfrutando de saúde e com a consciência do seu bem-estar;
- ii) o envelhecimento usual ou normal, que se traduz na verificação de doenças e de limitações físicas e mentais de pouca ou moderada gravidade, mas que provoca alterações no dia a dia do idoso e das suas famílias;
- iii) o envelhecimento patológico que se manifesta pela total perda de saúde física e mental associada a doenças crónicas como sejam a demência ou o alzheimer.

Daqui se depreende que, nem todos os idosos reagem de igual forma ao processo de envelhecimento, nem este fenómeno é vivido da mesma forma, pelo que, poderemos ter idosos afetados fisicamente, mas sem que essas alterações comprometam a sua independência e autonomia ou, pelo contrário, idosos que, em virtude da própria personalidade ou da perda de convivas<sup>16</sup> tenham uma maior idade psicológica, mas que não estejam em processo de deterioração biológica. Também há pessoas que refletem uma posição mais positiva relativamente à idade que possuem, mantendo um estilo de vida mais autónomo e com maior vitalidade, e outras que transmitem de uma forma mais “negativa” a idade que têm (Medeiros, 2014).

Neri (2006) citando Paul Baltes (1990) identificou o envelhecimento bem-sucedido, com base no Modelo de Seleção, Otimização e Compensação, SOC<sup>17</sup>, que surge da definição de metas e objetivos a serem adotados pelas pessoas no processo de envelhecimento. Assim, cada pessoa deve selecionar objetivos concretos e exequíveis, que pretenda atingir, e otimizar a utilização dos meios necessários para os alcançar. Caso os objetivos fiquem comprometidos, em virtude do modo como decorre o seu processo de envelhecimento, deveria haver capacidade para recorrer a um mecanismo de compensação encontrando outras

---

<sup>16</sup> Aqueles, também idosos, com quem o indivíduo se revê, porque partilhou com ele as experiências e problemas associados à fase da vida, que pensa e tem valores iguais aos seus e que por isso o compreende (Cabrera, 2010).

<sup>17</sup> Selective Optimization with Compensation.

respostas que possam conferir o mesmo sentimento de sucesso. Nesta abordagem, responsabiliza-se cada indivíduo pelas estratégias assumidas na orientação da sua própria vida e fomenta-se a necessidade de reforçar a capacidade para se adaptar e reajustar os objetivos e planos de vida face às mudanças que decorrem da idade, reforçando ainda a sua capacidade para lidar com o luto e as perdas (Neri, 2006).

Para além das iniciativas que fomentam a ocupação dos mais velhos e a aprendizagem contínua, que já enunciámos, outra forma de potenciar um envelhecimento bem sucedido, passa por desenvolver uma preparação antecipada da fase final do envelhecimento, a partir essencialmente dos 50 anos, insistindo na consciencialização dos direitos dos idosos e na sua prática consciente e livre da promoção da sua permanente atualização, que incuta autonomia, independência e promova a sua participação social, aumentando, por outro lado, a receptividade por parte da comunidade, dos diferentes e importantes contributos que cada idoso pode dar e o reconhecimento e consciencialização de toda a população de que a vida humana, em qualquer fase, consiste num processo contínuo de realização pessoal (Medeiros, 2014).

Em síntese, envelhecer de forma positiva significa qualificar a “vida” nas faixas etárias mais tardias, incentivando os mais velhos à participação ativa na comunidade, mesmo que isso implique novas aprendizagens como sejam as que permitem o uso das tecnologias e outras artes, fomentando a sua importância e presença junto das gerações mais novas, como a participação em "conselhos superiores" de associações municipais, da Santa Casa da Misericórdia, ou em atividades de voluntariado. Com isso, sai reforçada a representação da velhice, como um tempo positivo, onde se pode continuar a dar e ser um contributo válido em termos da economia e da sociedade em geral. Para tal, é fundamental que se encare o "ser idoso" e o "envelhecer" como um processo e se reconheçam as competências e o valor que a pessoa mais velha representa e o contributo da sua experiência de vida.

## **II. III - Alterações Demográficas e envelhecimento**

Nos últimos anos, podemos verificar várias alterações demográficas que se têm registado em Portugal e na Região Autónoma dos Açores, que afetam a estrutura da população residente e surgem associadas a profundas mudanças sociais. A sociedade do século XXI contrasta de forma clara com aquela em que a maioria da atual população mais idosa cresceu, implicando uma alteração de valores e estruturas sociais, uma tendência que já se presencia desde o final do século XX (Giddens, 1994).

Uma das características mais óbvias que separam a era moderna de qualquer outro período precedente é o extremo dinamismo da modernidade. O mundo moderno é um mundo desenfreado: não só o ritmo como da mudança social é muito mais rápido do que em qualquer sistema anterior, como também o é o seu âmbito ou profundidade com que afeta as práticas sociais e os modos de comportamento preexistentes (Giddens, 1994:14).

Com particular ênfase assistiu-se a uma redefinição da instituição família. A taxa de nupcialidade, que tinha subido até aos anos 60, passou a registar uma tendência contrária, de decréscimo, até aos dias de hoje, e o mesmo se verifica no indicador da nupcialidade, particularmente nos casamentos religiosos<sup>18</sup>.

Verificou-se, também, que a entrada no casamento é cada vez mais tardia, fruto do adiamento na entrada na vida adulta ativa, do aumento dos anos de escolaridade e da dificuldade de acesso ao mercado de trabalho estável (Delgado, A. & Wall, K. 2011).

Em relação ao papel dos filhos na estrutura familiar, também foram registadas fortes alterações. Se antes, nos anos 60, ter filhos significava permitir a continuação do nome de família, deixar herdeiros ou até ter uma fonte de rendimento, atualmente, a opção de ter filhos reflete uma escolha afetiva, um projeto que integra a decisão dos casais, tendo por base as condições sociais e económicas em que vivem (Delgado, A. & Wall, K. 2011).

A família foi reinventada e os papéis dos seus membros alterados. Antes, o pai era designado “chefe de família” (Aboim, S. & Wall, K. 2006), responsável pelo sustento da família e o único que trabalhava fora de casa. Atualmente, a mulher é cada vez mais independente e o seu ingresso, progressivo, no mercado de trabalho, justifica a partilha das lides domésticas. De acordo com, Aboim, S. & Wall, L. (2006), na modernidade assistiu-se à reinvenção dos sentimentos e da intimidade amorosa e o indivíduo alterou o seu papel na arquitetura da família e da sociedade em geral.

Já no texto de Giddens (1994) se falava em descontextualização, ao caracterizar uma modernidade que, não só é diferente pela separação de funções, como pela remoção das relações sociais dos seus contextos locais, reinventada em virtude da ligação com contextos globais, decorrentes da melhoria dos transportes e do desenvolvimento dos meios de comunicação e tecnológicos.

---

<sup>18</sup> São cada vez mais frequentes os casais em união de facto<sup>18</sup> configurando novas realidades familiares, em parte associadas ao maior número de divórcios, que, segundo os dados do “Pordata”, em 1960 se assistia ao divórcio de apenas 1,1% dos casamentos e em 2017 por cada 100 casamentos 64,2% se divorciam.

O sistema demográfico tradicional que se caracterizava pelos elevados níveis de natalidade e de mortalidade foi substituído por um novo equilíbrio, onde a mortalidade em geral, sobretudo a que ocorre nos primeiros anos de vida, desceu de forma significativa<sup>19</sup>, aliada a uma diminuição abrupta da fecundidade<sup>20</sup>, com conseqüente redução da proporção de jovens, face aos restantes grupos etários, alterando de forma significativa a relação entre gerações.

Este novo equilíbrio implicou um aumento do envelhecimento da sociedade em termos demográficos, o qual se deve não apenas ao aumento da esperança média de vida e conseqüente aumento do número de pessoas com 65 e mais anos, mas também à diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade. Este aumento do número de pessoas mais velhas e a possibilidade de os indivíduos viverem mais tempo, associados à diminuição do número de indivíduos dos grupos etários mais jovens, contribuiu para um desequilíbrio entre as gerações a que Fernandes (1997), chamou uma “involução demográfica” característica, essencialmente, dos países desenvolvidos. O envelhecimento da população é uma realidade permanente e crescente no mundo, em Portugal e na Região Autónoma dos Açores, fruto de grandes conquistas na melhoria das condições de vida e do acesso público aos serviços de saúde, bem como resultado do aumento da esperança média de vida.

Se analisarmos a percentagem de população portuguesa com mais de 65 anos, em 1900 representava apenas 5,7% do total da população, em 1950 passou para 7%, em 2001 situava-se nos 14% e, no último recenseamento (2011) atingiu os 19%.

De acordo com o gráfico I podemos verificar que o índice de envelhecimento, que corresponde ao número de idosos por cada 100 jovens, apresenta um aumento exponencial situando-se nos 27,5% em 1961, 70% em 1991 e 157%, em 2018.

Concomitantemente, assistiu-se a um aumento do índice de dependência de idosos (número de idosos por cada 100 pessoas ativas), que no ano de 1961 se situava em 12,7% e no ano de 2018 apresentava 33,6%, bem como ao aumento do número de pessoas com mais de 75 anos por cada pessoa com 65 anos ou mais (índice de longevidade).

O envelhecimento da população é, portanto, uma das maiores tendências do século XXI e Portugal, no contexto da União Europeia, apresenta-se como o 5.º país com o mais elevado

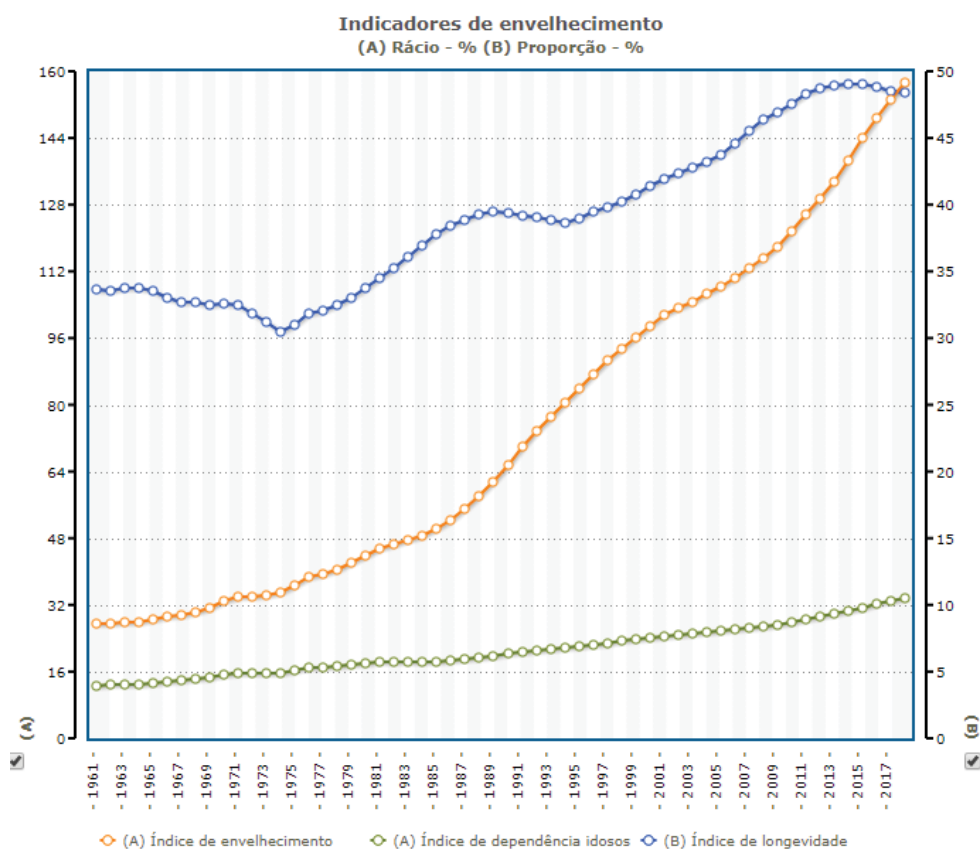
---

<sup>19</sup> A taxa bruta de mortalidade (relação entre o número de óbitos e a população média) em Portugal no ano de 1960 situava-se em 10,7%, enquanto que no ano de 2011 situava-se nos 9,7%. Já a taxa de mortalidade infantil em 1960 era de 77,5% e no ano passado era de apenas 3,2%.

<sup>20</sup> Em Portugal, o número de nascimentos por cada 1 000 mulheres em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade era de 94,5% no ano de 1960, bastante distinta dos 37,2% registados em Portugal no ano de 2017.

índice de envelhecimento<sup>21</sup> e o 3.º país com o valor mais baixo no índice de renovação da população ativa<sup>22</sup>. Acresce que, de acordo com as previsões das Nações Unidas<sup>23</sup>, até 2050, uma em cada 6 pessoas no mundo poderão ter 65 anos ou mais, sendo que no quadro da Europa e da América do Norte estima-se que em 2050 existam cerca de uma pessoa em cada quatro que poderá ter mais de 65 anos.

Gráfico I - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de longevidade em Portugal, entre 1961 e 2018



Fonte: “Pordata”, consultado a 14 de junho de 2019.

Assim, o aumento da população idosa, por um lado, e a diminuição da população mais jovem, por outro, contribuem para que tenha aumentado a proporção de idosos face ao

<sup>21</sup> Proporção do número de idosos pelo número de jovens no país.

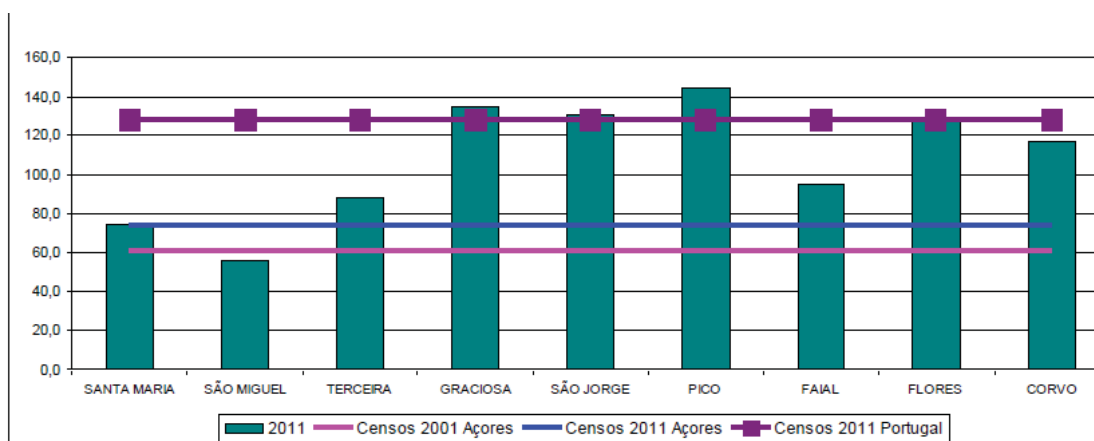
<sup>22</sup> Relação entre as pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos

<sup>23</sup> Fonte: <https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu/>

número de pessoas em idade ativa. Por exemplo, em 1970 existiam 16 idosos por cada 100 pessoas ativas e em 2014 verificou-se 31 idosos por cada 100 pessoas ativas, segundo o INE. Se analisarmos também o aumento da esperança média de vida em Portugal, em 1960 atingia a idade média de 64 anos e em 1999 registava 71 anos para os homens e 79 anos para as mulheres. Em 2010, e segundo o INE era de cerca de 76 anos para os homens e de 82 anos para as mulheres. Já em 2017<sup>24</sup> foi registada a média de 81,6 anos de idade, sendo a média de 78, 4 anos para os homens e de 84,6 anos para as mulheres.

Em termos de evolução do envelhecimento na Região Autónoma dos Açores, tendo por base a informação disponível nos últimos censos, podemos verificar que o índice de envelhecimento, que corresponde ao número de pessoas com 65 anos ou mais por cada 100 pessoas menores de 15 anos, aumentou exponencialmente. Em 1960 o índice de envelhecimento nos Açores situava-se nos 20,2%, o que significa que em cada 100 crianças existiam cerca de 20 pessoas com 65 ou mais anos. Posteriormente, no ano de 1981, a Região já apresentava um índice de envelhecimento superior em cerca de 20%, e no ano de 2001 o índice de envelhecimento da população açoriana situava-se em 60,1%. Segundo o Serviço Regional de Estatística dos Açores sobre os censos de 2011 o índice de envelhecimento açoriano registado foi de 73,3% e as perspetivas são de um aumento nos censos de 2021. Numa análise pelas várias ilhas, verifica-se que o índice de envelhecimento dos censos de 2011 registou uma maior percentagem na ilha do Pico, onde, por cada 100 crianças existem cerca de 144 idosos. Por outro lado, é a ilha de São Miguel onde o índice de envelhecimento é inferior, situando-se no 55,6%. No entanto, o concelho de Nordeste apresenta-se com índice de envelhecimento próximo dos 100%, sendo a Ribeira Grande o concelho com um menor índice de envelhecimento.

Gráfico II – Índice de envelhecimento por ilha do arquipélago dos Açores em 2011



<sup>24</sup> Último ano em que é possível apurar a esperança média de vida em Portugal segundo o “Pordata”.

Fonte: Serviço Regional de Estatística dos Açores, consultado em 16.03.2019.

Relativamente ao índice de dependência do idoso, que corresponde ao número de idosos com 65 anos e mais por cada 100 pessoas com idade ativa, ou seja, entre os 15 e os 64 anos, em Portugal este índice em 2001 situou-se nos 24,4%, enquanto que em 2017 situava-se em 32,9%. Comparativamente, na Região, o índice de dependência é ligeiramente mais animador do que o de Portugal Continental, registando-se em 2001 19,8% de idosos dependentes por cada 100 pessoas em idade ativa e em 2017 o aumento do índice de dependência para 20,1%. De todas as ilhas verifica-se que o maior índice de dependência em 2017 registou-se na ilha do Pico, com uma percentagem de 29,9%. Na ilha de São Miguel o concelho que em 2017 registou o maior índice de dependência foi o Nordeste, sendo que o concelho com menor índice de dependência foi o da Ribeira Grande.

Quanto aos indicadores demográficos do envelhecimento da população devemos também referir-nos ao índice de longevidade, que é o número de pessoas com 75 anos e mais por cada 100 pessoas com 65 anos e mais. Assim, quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa daquela região. Comparativamente a Portugal, onde o índice de longevidade se situava nos 48,6% em 2017, na região Açores apresentava-se abaixo, com uma percentagem de 44,1%. Porém, relativamente ao ano de 2001 nota-se um acréscimo da população com 75 anos e mais. De todas as ilhas, aquela que apresentava um maior índice de longevidade em 2017 era a ilha do Corvo. Relativamente à ilha de São Miguel, o índice de longevidade em 2017 mais elevado registou-se no concelho do Nordeste e o de menor expressividade no concelho de Ribeira Grande.

Em São Miguel, segundo os censos de 2011, a população total residente era de 137 856, dos quais 15 091 têm mais de 65 anos, o que significa que cerca de 11% da população é idosa. Ainda que o cenário não seja muito negativo, há ilhas cuja percentagem de idosos na totalidade da população é bastante superior<sup>25</sup>. Contudo, mesmo na ilha de São Miguel, a tendência é para o aumento do número de idosos relativamente à população residente, uma vez que, segundo as estimativas do SREA sobre o ano de 2018 a população micaelense diminuiu ligeiramente para 137 150 habitantes, sendo que a população idosa aumentou para 16 870 (12,3%).

---

<sup>25</sup> Por exemplo, em 2011, a população residente em São Jorge era de 9 171, dos quais 1 747 tinham mais de 65 anos. Já na ilha do Pico, a população total era de 14 148 e existiam cerca de 2 804 idosos, o que representa cerca de 20% da população total.

Quando analisamos os fatores que concorrem para o aumento da esperança média de vida, e consequente envelhecimento prolongado da população em todo o mundo, encontramos um conjunto de mudanças, de natureza económica, social e política que, ao longo das últimas décadas, tem contribuído para potenciar a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, como seja a generalização do sistema de saneamento básico, o reforço da terciarização, a melhoria das condições de salubridade e higiene, bem como o desenvolvimento da medicina e a oferta generalizada dos serviços de saúde, ou ainda o alargamento do sistema de proteção social, incluindo o aumento das pensões e outras medidas de combate à pobreza, para além de outras medidas que beneficiam os cidadãos mais velhos, como sejam a tarifa reduzida dos passes nos transportes públicos ou até mesmo a isenção de taxas moderadoras no acesso ao sistema público de saúde, que permitem a estes cidadãos mais velhos melhorar a sua capacidade de aquisição de bens e serviços, potenciadores de maior qualidade de vida (Moreira, 2019).

Apesar deste incremento de medidas de apoio social, continua a ser uma preocupação para o sistema de segurança social o crescente aumento do número de pessoas idosas, tendo em conta o contexto social em que ocorre, alicerçado na diminuição da taxa de natalidade e no aumento da instabilidade dos laços familiares, que geram indisponibilidade da família para apoiar os seus idosos e agravam a crise dos sistemas de proteção social (Pimentel, 2001). Assim, os dados demográficos permitem-nos concluir que o crescente envelhecimento da população portuguesa pode ser visto de formas diferentes, de modo mais ou menos positivo. Se por um lado, o envelhecimento prolongado simboliza o sucesso da evolução da ciência e da tecnologia, da economia, da saúde, da qualidade e bem-estar que permitiram uma maior longevidade e a diminuição da mortalidade, por outro lado, há quem considere que este tempo prolongado de vida tem acentuado o reforço do isolamento das pessoas idosas<sup>26</sup>, e justifica um maior número, de doentes crónicos, com elevado grau de dependência e sofrimento (Mendes, M. & Oliveira, I., 2010).

Neste sentido, torna-se importante o conjunto de apoios e infraestruturas que possam acolher idosos, proporcionar-lhe experiências e atividades que estimulam as suas capacidades e a socialização, bem como, possam ajudar os idosos que, mais ou menos fruto do processo de deterioração biológico, percam algumas das suas faculdades mentais ou físicas.

### **III. IV - Proteção legal do idoso**

---

<sup>26</sup> Conforme os dados apresentados no subcapítulo II.II.

Nos últimos anos vários diplomas, a nível nacional<sup>27</sup>, provenientes de medidas internacionais que afloraremos de seguida, regulamentam as respostas aos idosos e visam diminuir o impacto negativo do fenómeno de envelhecimento, contribuindo para melhorar a qualidade de vida daqueles que veem as suas capacidades diminuídas ao nível físico e mental.

Este quadro legal emana, essencialmente, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), cujo objetivo central foi unir todas as nações num espírito de promoção de direitos e liberdades universais, de forma a alcançar a justiça e a paz universal.

Pode ler-se no primeiro artigo desta Declaração<sup>28</sup>, que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, dotados de razão e consciência, pelo que devem agir uns com os outros em espírito de fraternidade. Este articulado apresenta o indivíduo com plena dignidade e direitos e realça o carácter fraterno entre as gerações e a sociedade para com toda a população, incluindo a população idosa.

No entanto, só em 2012 a Resolução n.º 67/139 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 20 de dezembro ressaltou, em particular, a questão da discriminação em relação à idade, prevista no artigo 2.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>29</sup>.

Antes, foram várias as iniciativas que chamavam a atenção para as pessoas idosas e para o envelhecimento, como por exemplo a Assembleia Mundial sobre o envelhecimento que decorreu em Viena em 1982<sup>30</sup>, da qual resultou o Plano de Ação Internacional de Viena com 62 recomendações, que ainda hoje são diretrizes estruturantes para a comunidade internacional, governos e instituições, para irem ao encontro das necessidades das pessoas idosas. De referir também, que em 2002, realizou-se a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, conhecida por Cimeira de Madrid, que avaliou o plano de ação de 1982, reformulando-o, atendendo à tendência para o aumento da população idosa que, entretanto se acentuou, e da qual surgiu um novo Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, recomendando que os governos promovessem medidas que visassem assegurar que todas as

---

<sup>27</sup> Como é o caso da Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 de 25 de agosto, que aprova a Estratégia de Proteção do Idoso em Portugal, enunciando um conjunto de propostas de alterações legislativas no âmbito civil e penal com vista às medidas enunciadas para a proteção da vulnerabilidade dos idosos

<sup>28</sup> Fonte: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

<sup>29</sup> “n.º 1 - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.”

<sup>30</sup> De acordo com o estudo sobre direitos humanos e pessoas idosas publicado pelas Nações Unidas traduzido e editado em português pelo Centro de Informação das Nações Unidas para Portugal em março de 2002.

peças consigam envelhecer com segurança e dignidade, sem estarem sujeitas ao risco de empobrecimento e com uma maior capacidade económica, política e social.<sup>31</sup>

Apesar da relevância europeia, estes planos reúnem um conjunto de recomendações que necessitam de ser concretizadas em medidas, para que se possam alcançar os fins pretendidos, deixando ao arbítrio de cada Estado a forma como as concretiza. Assim, podemos concluir que a legislação internacional peca pela inexistência de um diploma vinculativo, de carácter transversal, que vise o objetivo central de alcançar a proteção das pessoas idosas, aos mais variados níveis, e defina orientações que possam ser diretamente aplicáveis nos vários países, com carácter universal, passíveis de adoção por todas as nações. Um tal diploma seria vantajoso pois poderia garantir a segurança de todas as pessoas idosas, por exemplo no espaço europeu, e contribuir para a diminuição dos riscos de pobreza, implicando por essa via a alteração das representações e dos contextos de vida dos idosos. No entanto, todas as iniciativas legislativas, sejam de âmbito internacional ou nacional, apelam para a consciencialização dos diversos problemas associados ao envelhecimento. Podemos ainda destacar a instituição, pela Organização das Nações Unidas, do Ano Internacional dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações em 1993 e o Ano Internacional do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações em 2012.

No plano internacional é também relevante o documento que define os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, adotados na Resolução n.º 46/91 de 16 de dezembro, bem como a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia<sup>32</sup>, onde, no artigo 25.º se prevê “a União Europeia reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural”.

A nível nacional encontramos, desde logo na CRP de 1976<sup>33</sup>, um conjunto de direitos, liberdades e garantias fundamentais para os cidadãos portugueses, que não deixam à margem da previsão da Lei fundamental (CRP) a proteção dos cidadãos mais velhos.

O artigo 9.º da CRP prevê que é da competência do Estado promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo português através da consagração e implementação de direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, bem como a criação de estruturas que efetivem a prestação de serviços sociais.

---

<sup>31</sup> ONU, 2002. Fonte: <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>

<sup>32</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>

<sup>33</sup> Cujo texto original já sofreu oito revisões, a primeira em setembro de 1982, pela Lei n.º 1/82, e a última alteração pela Lei n.º 1/2005 de 12 de agosto. A sua redação atual está disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=4&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis)

Para além disso, o artigo 81.º, alínea a) estabelece que é prioridade do Estado, não só a promoção da qualidade de vida de todos os cidadãos, mas principalmente o aumento do bem-estar e a qualidade de vida das pessoas mais desfavorecidas, sendo que na sua alínea b) indica que deve ser promovida a justiça social através da igualdade de oportunidades entre todos os cidadãos e a distribuição de riqueza e de rendimento entre os cidadãos.

Contudo, é no artigo 72.º da CRP que, especificadamente, se exige ao Estado Português a melhoria das condições da faixa etária que se encontra em condições de vulnerabilidade em virtude da degradação biológica, social e cognitiva aliada ao processo de envelhecimento e que impõe que, a esta faixa etária, seja disponibilizada segurança económica, condições de habitação, e formas de potenciar o convívio familiar e comunitário:

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

Nestes termos, o artigo indica que incumbe ao Estado criar políticas que promovam condições económicas, sociais e culturais que potenciem iguais oportunidades aos idosos, para que possam ter uma vida com qualidade e bem-estar, se integrarem na comunidade, sentirem-se úteis e realizados, reduzindo, desse modo, as situações de isolamento, depressão e carências de alimentação e habitação.

A legislação secundária nacional tem tentado responder aos imperativos constitucionais, bem como ao crescente número de idosos<sup>34</sup>, surgindo um conjunto de iniciativas que visam uma maior protecção dos idosos, como é o caso do complemento solidário para idosos em 2005, que definiremos adiante, em cumprimento da função distributiva do Estado (Mendes, F. & Xavier, P. 2016). Acresce que, nos últimos anos, se tem assistido a um conjunto de alterações legislativas com vista a adequar às necessidades que a população mais idosa tem reclamado, como é o caso da Lei n.º 79/2014 de 19 de dezembro que estatui o Novo Regime do Arrendamento Urbano e prevê a impossibilidade de o senhorio denunciar um contrato de arrendamento para habitação se o arrendatário tiver idade igual ou superior a 65 anos, ou por exemplo, no plano do direito penal, onde se faz particular referência à prática do crime a pessoas indefesas em virtude da idade, como é o caso do crime de violência doméstica,

---

<sup>34</sup> De acordo com os dados demográficos do subcapítulo II.III.

previsto e punido no artigo 152.º do Código Penal, ou do crime de maus tratos, previsto e punido no artigo 152.º-A do Código Penal. Também, recentemente, a Lei n.º 130/2015 de 4 de dezembro, que regula o Estatuto da Vítima, aditou ao Código de Processo Penal o artigo 67.º-A, exigindo a especial proteção quando se trata de “vítima especialmente vulnerável”, em razão da idade e do estado de saúde.

Em 25 de agosto de 2015, foi publicada em Diário da República a Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 que faz um breve enquadramento sobre as alterações dos indicadores demográficos do envelhecimento e dos dispositivos internacionais que têm chamado atenção para a proteção das pessoas idosas, definindo medidas de intervenção prioritárias no campo do Direito Civil e no Direito Penal, através da previsão de crimes que assentam no especial aproveitamento de idosos incapacitados, mas, infelizmente, até à presente data nem todas as medidas sugeridas foram ainda aplicadas<sup>35</sup>.

Por último, no âmbito dos meios para apoio no cuidado ao idoso, quer no âmbito da família, quer ao nível institucional, o panorama legal português tem sido bastante fértil. Podemos destacar, por exemplo, a Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro que estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário ou a recente Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, que aprova o estatuto do cuidador informal, regulamentando os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada. No que respeita às estruturas residenciais para pessoas idosas, pela importância que têm para o presente estudo procuraremos no decorrer do próximo capítulo estudar mais afincadamente as diversas alterações legislativas e o seu enquadramento legal atual.

Face ao exposto, podemos concluir que muito se tem feito ao nível regulamentar para a proteção do idoso, mas ainda há muito por fazer, já que “a proteção assegurada às crianças e jovens pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, entre outras não tem paralelos nos adultos, mesmo que de forma mitigada” (Mendes, F. & Xavier, P., 2016:138), e de forma a permitir que a regulamentação possa ter o duplo efeito de colmatar as necessidades proclamadas pela sociedade para a qual são elaboradas, mas também sancionar certos comportamentos e

---

<sup>35</sup> Por exemplo, ao nível do Código Civil já foi recentemente alterada a configuração do regime de incapacidades, através da Lei n.º 49/2018 de 14 de agosto e que vai ao encontro do proposto na Medida 2 da Resolução n.º 63/2015 que pretendia o reforço da autonomia e dignidade das pessoas com capacidade diminuída. Ao contrário, no âmbito do direito penal ainda não se efetivaram as alterações reclamadas na Medida 4 da referida Resolução, que, por exemplo, exigem a incriminação do abandono das pessoas idosas em hospitais ou outros estabelecimentos dedicados à prestação de cuidados de saúde, quando a pessoa idosa se encontra a cargo de um terceiro.

educar para a maior proteção do idoso e para a construção da representação societária do idoso.

### **III - Institucionalização dos idosos**

#### **III. I - O Estado Providência, a Segurança Social e as Misericórdias**

Com a degradação das estruturas sociais e com a industrialização, o Estado criou em muitos países desenvolvidos, a partir dos anos 40 do século XX, sistemas de proteção social generalizada, constituindo-se como Estado Providência, procurando compensar as incertezas sociais e as disfuncionalidades do mercado através de legislação social, reduzindo a própria incerteza e os riscos que atingiam a população, particularmente aqueles que dependiam do sistema laboral para sobreviver (Mozzicafredo, 1997).

Assim, numa ótica geral, o modelo de Estado-Providência (Fadigas, 2015) baseia-se em princípios sociais que pretendem diminuir o grau de incerteza social, fazendo com que os indivíduos e famílias, por um lado, suportem determinadas limitações perante a sua situação e, por outro, possam ser instituídos procedimentos e serviços sociais que potenciem uma maior igualdade de oportunidades, assegurando o rendimento mínimo das famílias, independentemente das distorções do mercado, de forma a que integrem os mecanismos que permitam a afirmação da cidadania. Para que isso ocorra, o Estado recorre à concertação social, que se caracteriza num compromisso político entre as entidades políticas, patronais e sindicais, em torno dos objetivos e interesses da sociedade, para melhor responder a uma pluralidade de necessidades.

Foi nessa lógica de cidadania que surgiram os direitos de "terceira geração"<sup>36 37</sup>, que pretendem fornecer aos cidadãos o bem-estar económico e social, os quais emergiram essencialmente no século XX (Cunha, 2004), a partir da ideia de justiça social e da necessidade de distribuição de rendimentos e proteção dos mais vulneráveis sob a lógica de princípios como os da solidariedade e da igualdade (Rodrigues, 2010).

---

<sup>36</sup> Utilizado pela primeira vez por Karel Vasak em 1979 (Cunha, 2004).

<sup>37</sup> Antes, porém, no século XVIII e após a Revolução Francesa, fixou direitos, de acordo com a importância que assumiam para a população, identificando, em primeira análise, aqueles que constituíam obrigações negativas do Estado (são os direitos civis, individuais que possibilitam o desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo e que inibem a intervenção do Estado na esfera da pessoa, uma vez que o Estado tem o dever de se abster ou de não impedir a satisfação dos direitos pelo indivíduo), ao proibir o Estado de não intervir na esfera dos direitos do cidadão, como é exemplo, o direito à liberdade e autodeterminação. Posteriormente, já no século XIX emergiram os direitos políticos, que constituíam obrigações positivas do Estado de participação dos cidadãos na vida política (dever do Estado em intervir junto da sociedade na satisfação de um conjunto de necessidades).

Assim, uma das principais características do Estado-Providência é a consideração de que o Estado é um ator social e que reorganiza a sociedade, interagindo com várias dimensões da vida social como um sistema de funcionamento que regula as relações da sociedade e que, através da sua autoridade política, atua nas discrepâncias verificadas entre os grupos sociais, em particular, na diferenciação das relações socioeconómicas (Mozzicafredo, 1997).

Em Portugal o Estado-Providência surge mais tardiamente do que na restante Europa, particularmente em virtude da instabilidade política do Estado e das dificuldades do desenvolvimento económico e do enquadramento legal (Rodrigues, 2010), pelo que só após a Revolução dos Cravos (1974) se assistiu a um aumento dos direitos sociais em linha com as bases fundamentais nos aspetos sociais da nação, e na proteção efetiva dos direitos primordiais do ser humano, como a vida, a dignidade, a integridade física, a consciência, a liberdade, proteção de crianças e idosos, entre outros (Rodrigues, 2010).

Desta forma, a intervenção do Estado regulador passou a dominar as atividades diárias dos seus cidadãos, contribuindo para a construção da própria identidade do indivíduo, pois é impulsionador de meios sociais que provocam desigualdades entre os cidadãos e influenciam o seu modo de pensar e de atuar.

Um destes exemplos é o sistema da segurança social que reflete a densificação dos princípios de *welfare-states* proclamados e caracterizadores da União Europeia, que pretende um elevado nível de bem-estar dos cidadãos dos seus Estados-Membros, e que tem, na sua base, a responsabilidade de cada cidadão sobre o bem-estar da sua sociedade, contribuindo, conjuntamente com o Estado, para o financiamento do sistema da Segurança Social e garantindo um justo equilíbrio geracional das responsabilidades assumidas. Com efeito, o sistema é orientado pelo princípio da universalidade, de modo a garantir que todos tenham acesso à proteção social, segundo um princípio de igualdade através da não discriminação em razão de sexo ou nacionalidade dos cidadãos beneficiários (Santos, 1994).

Em Portugal a primeira instituição social criada para proteger os mais vulneráveis, surge em 1835, e era designada de Conselho Geral de Beneficência, tendo por finalidade a extinção da mendicidade. Não obstante, é com a instauração da República e com a Constituição de 1911 que foram fixados os direitos à liberdade, à segurança, à propriedade e à igualdade social e que, concomitantemente, foram criadas Instituições que dirimiam as desigualdades através do apoio aos mais pobres. No entanto, só a partir do século XX é que o Estado português verdadeiramente intervém, através da criação de seguros sociais obrigatórios na doença, nos acidentes de trabalho e nas pensões de invalidez, velhice e sobrevivência através do vencimento anual (superior a um certo limite) da população ativa, entre os 15 e os 45

anos (Rodrigues, 2010). Assim, o sistema era garantido pelas participações dos beneficiários ativos e o Estado controlava apenas o adequado funcionamento do sistema. O primeiro sistema de pensões em Portugal surge em 1929 e integrava a Caixa Geral de Aposentações, que se destinava aos funcionários públicos, bem como abrangia o setor privado, no caso dos trabalhadores da indústria, comércio e serviços. Em 1933 é criado um sistema de seguros sociais obrigatórios inseridos em caixas e instituições de previdência e financiados por um modelo de capitalização.

Com o enraizamento dos seguros, na década de 70, assiste-se à criação do verdadeiro sistema da Segurança Social, pelo Ministério da Saúde e da Assistência, enquanto se consagrava o direito à saúde e se assistia ao investimento nos centros de saúde, ao alargamento da proteção a trabalhadores rurais e domésticos, à criação de caixas de previdência e à caixa central de trabalhadores migrantes, ao mesmo tempo que é instaurado o abono de família, entre outras medidas destinadas a grupos sociais mais vulneráveis ou famílias e indivíduos mais desfavorecidos e marginalizados. Assim, no século XIX assistia-se essencialmente a uma proteção por um lado, baseada em associações mutualistas e movimentos cooperativos, e por outro, de assistência aos mais miseráveis, principalmente no acesso à saúde pública. Deste modo, Raquel Varela (2013) refere que não se tratava de um sistema de proteção social, mas de assistência, uma vez que a proteção não era globalizada e os apoios visavam apenas garantir a sobrevivência dos desempregados ou mais pobres.

Apesar da instituição deste conjunto de medidas, o certo é que o seu benefício dependia da condição de trabalhador, deixando de fora muitos cidadãos que não tinham um percurso contributivo, por via do trabalho, particularmente as mulheres idosas, inativas, os trabalhadores rurais e as pessoas portadoras de deficiência.

A proteção na velhice estava assim dependente do cuidado familiar, de quem se esperavam ações de solidariedade e acolhimento dos mais velhos, porque os contributos do Estado para obter qualquer ganho salarial na velhice era irrisório. Até 1974 assistia-se a contributos muito baixos para a subsistência em Portugal e as despesas sociais representavam apenas 4,4% do total do PIB (Varela, 2013). No entanto, estas medidas refletiam uma maior intervenção do Estado, ainda que limitada, e revelavam o reconhecimento por parte das entidades públicas da necessidade de intervir nas situações de risco e nas necessidades que os cidadãos, sozinhos, não eram capazes de satisfazer.

A partir de 1974 podemos assistir a uma Segurança Social universal, que, por um lado, prevê transferências de rendimento auferido pelo trabalho e, por outro, consagra uma proteção universal, não discriminatória a vários níveis, como a educação, a saúde, desporto, lazer e

pensões, consagrando-se a pensão social para pessoas com mais de 65 anos, entre outros apoios que veremos no capítulo seguinte, e assistindo-se a um aumento abrupto da despesa total com pensões da Segurança Social<sup>38</sup>(Varela, 2013).

Mas, recuando na história da proteção social, em particular na forma como foram surgindo os apoios públicos, não podemos também ignorar as Misericórdias que, ainda hoje, desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados aos grupos mais vulneráveis, particularmente aos idosos.

Criadas na Idade média (século XV) as Misericórdias surgiram ligadas à religião católica e corporizavam, na prática, as chamadas quatorze obras de misericórdia, 7 espirituais e 7 corporais (Lopes, 2008).

A sua criação está alicerçada numa determinada conceção de "bom cristão", que exigia fazer penitências e ter a preocupação pelos outros, doando parte da riqueza para, em troca, garantir a salvação e a vida eterna.

Assim, as Santas Casas da Misericórdia serviam diferentes propósitos, quer ao nível do culto religioso, quer em termos sociais. Eram, portanto, “um misto de religiosidade mendicante, associada a preocupações devocionais aristocráticas ou dos novos meios possidentes das cidades, em que assumiam lugar central a imitação de Cristo e o culto da Virgem como mãe da humanidade pecadora” (Lopes, 2008:13).

As pessoas com maior riqueza, terras e posses, eram as principais responsáveis pelas doações, que serviam para apoiar os indigentes e pobres, redistribuindo a riqueza de alguns por uma população com poucos recursos, como a que existia à época em Portugal.

A primeira Misericórdia nasceu com a rainha D. Leonor, em 1498, em Lisboa, onde os irmãos da confraria executavam obras de misericórdia pela cidade, nomeadamente visitando os doentes e os presos, assentando na tônica da compaixão pelo próximo (Lopes, 2008).

As Misericórdias difundiram-se rapidamente por todo o País, porque permitiam uma correlação entre as elites e a família real, bem como potenciavam a proximidade do Rei com os mais indigentes, para além de cumprirem funções hospitalares. Em 1909 e 1910 havia no continente e ilhas cerca de 286 misericórdias (Varela, 2013).

Este carácter religioso inerente às Misericórdias permitiu que estas Santas Casas se mantivessem até hoje, embora com um sistema mais organizado, burocratizado e inclusive hierarquizado, acolhendo doações de todos, inclusive daqueles que apoiavam, assentando a

---

<sup>38</sup> Em 1971 a despesa total com pensões tida pela Segurança Social era de 8 878,7€, enquanto que em 1974 situava-se nos 37 450,6€.

sua atuação em vários níveis e criando acordos com o Estado, designadamente ao nível do poder local, envolvendo as câmaras municipais.

Com o tempo, as próprias Santas Casas da Misericórdia sofreram um processo evolutivo, que alterou alguns dos seus valores iniciais. Numa sociedade onde a religiosidade tende a diminuir e os valores da humanidade e da solidariedade escasseiam, os princípios base que estiveram na origem das Misericórdias deixaram de estar presentes no seu estado puro, ao mesmo tempo que, o seu financiamento deixou de depender da filantropia de pessoas mais abastadas para passar a contar, também, com as transferências do Estado, integradas em acordos de cooperação.

No entanto, atendendo ao seu carácter religioso e à proteção dos mais vulneráveis, associado à prestação de serviços de saúde, as Misericórdias são o mote para o surgimento de vários outros serviços que passaram a contribuir para a satisfação das necessidades da população mais idosa, nomeadamente Lares, Casas de Povo e Centros paroquiais.

Nos Açores, em particular, ainda se verifica um grande peso das Santas Casa da Misericórdia<sup>39</sup> na satisfação das necessidades aos mais idosos, tanto é que, como veremos adiante, alguns dos lares de idosos em São Miguel encontram-se integrados em tais estruturas.

### **III.II - Rendimentos e despesas da população idosa**

Quando se atende aos rendimentos dos idosos, e sem prejuízo da obtenção de rendimentos por fonte hereditária, poupanças, arrendamento de património ou outras fontes não ligadas ao trabalho, é ao Estado Português que através do sistema de pensões e de saúde confere uma pensão de reforma, ou chamada pensão de velhice<sup>40</sup> como fonte de rendimento regular do mais idoso. Esta pensão de reforma ou pensão de velhice corresponde a um valor pago mensalmente para substituir a remuneração pelo trabalho, quando os cidadãos atingem 66 anos e 5 meses, a menos que se verifique alguma das motivações para a atribuição da pensão de velhice antecipada<sup>41</sup>. Assim, se o indivíduo descontou para o sistema de proteção social durante a vida ativa, terá uma pensão de reforma calculada com base no seu período de vida

---

<sup>39</sup>Segundo a União das Misericórdias Portuguesas ([www.ump.pt](http://www.ump.pt)), em 2019, na Região Autónoma dos Açores existem 23 Misericórdias das 388 Misericórdias espalhadas por todo o país, apoiando diariamente 8 053 açorianos.

<sup>40</sup> Conforme o disposto no DL n.º 187/2007 de 10 de maio, com a última alteração dada pelo DL n.º 79/2019 de 14 de junho.

<sup>41</sup> Conforme o site da Segurança Social consultado em 29 de setembro de 2019, disponível em <http://www.seg-social.pt/pensao-de-velhice>

ativa, a chamada carreira contributiva, sendo-lhe atribuída uma compensação mínima de 273,39€, no caso de o indivíduo ter contribuído por menos de 15 anos, ou de 395,57€, se o indivíduo tiver contribuído mais de 31 anos.

Caso o cidadão não tenha descontado para o sistema e não tenha fontes de rendimentos terá direito a uma pensão social de velhice, no valor de 210,32€, a qual pode variar consoante a idade do beneficiário. A pensão social de velhice corresponde a uma prestação mensal atribuída na idade em que se deveria ter acesso à pensão de velhice, mas apenas é aplicável aos cidadãos que não reúnem as condições para obter a pensão de velhice, ou quando o indivíduo recebe rendimentos inferiores a 174,30€<sup>42</sup>. Esta está essencialmente regulada pelo DL n.º 160/80 de 27 de maio, com a última redação dada pelo DL n.º 126-A/2017 de 6 de outubro.

Cumulativamente a qualquer um dos rendimentos referenciados, quem tiver poucos recursos económicos poderá acrescer à sua pensão o complemento solidário para idosos (CSI)<sup>43</sup>, que corresponde à diferença entre os seus rendimentos anuais e o montante de 5 258,63€<sup>44</sup>, se a pessoa viver sozinha, ou 9 202,60€ se se tratar de um casal. No caso dos idosos que recebem o complemento solidário para idosos há ainda um conjunto de apoios para redução de despesas de saúde, como é o caso da participação do Estado em 50% dos medicamentos, da participação em aquisição de óculos, aquisição ou reparação de próteses dentárias e de consultas dentárias.

A estas podem ser também associadas outras prestações que não estão diretamente relacionadas com o facto de se atingir a idade da reforma, como é o caso da pensão de sobrevivência, o complemento de dependência ou a pensão de doença, que dependem do valor do IAS, que no ano de 2019 era de 435,76€.

Assim, é o Estado o principal responsável pela obtenção de rendimentos pelos mais velhos, apesar de, comparativamente com os restantes países da União Europeia, ao nível das despesas com proteção sociais, em 2016 França gastou 34,4% do PIB em pensões e outras despesas de proteção social e Portugal ocupou o décimo terceiro lugar com cerca de 25,1% da despesa com proteção social na Europa dos 29<sup>45</sup> (Varela, 2013).

---

<sup>42</sup> Conforme site da Segurança Social, consultado em 29 de setembro de 2019, disponível em <http://www.seg-social.pt/pensao-social-de-velhice1>

<sup>43</sup> Criado pela Lei n.º 232/2005 de 29 de dezembro com a última alteração dada pelo DL n.º 13/2013 de 25 de janeiro, sendo o seu valor atual fixado pelo DL n.º 254-B/2015 de 31 de Dezembro.

<sup>44</sup> Site da Segurança Social consultado em 30 de Setembro de 2019 e que está acessível em <http://www.seg-social.pt/complemento-solidario-para-idosos>

<sup>45</sup> Conforme dados do “Pordata”, com a última atualização de 20 de setembro 2019.

Contudo, os indicadores claramente revelam que os rendimentos obtidos pela população mais idosa não são suficientes para a satisfação das suas necessidades, uma vez que, segundo o “Pordata”, o valor médio anual das pensões de velhice, invalidez ou de sobrevivência pagas pela Segurança Social por cada pensionista em 2016, última data disponível, era de 4 481,1€, o que representa cerca de 373,43€ mensais, os quais se tornam limitados para fazer face às despesas de habitação, alimentação, vestuário e saúde e acompanhar o desenvolvimento económico do país, exigindo a ajuda dos familiares para a gestão económica diária do idoso (Moreira,2019).

Por consequência, de acordo com o INE, em 2018, a taxa de risco de pobreza para a população idosa foi de 17,7%, sendo superior à taxa de pobreza da população ativa e registando um aumento de 0,7 pontos percentuais ao verificado em 2016. Também, segundo o Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, de 31 de agosto de 2012, apenas 15% dos pensionistas auferem uma pensão de velhice que cubra as suas despesas.

### **III.III - Os cuidados prestados a idosos**

O desenvolvimento económico e social fez com que as funções sociais de proteção se tornassem cada vez mais uma tarefa pública e deixassem de estar apenas no domínio privado, exigindo regulamentação, como vimos supra e, conseqüentemente, levando à criação de apoios fornecidos por um conjunto variado de equipamentos sociais, em função das necessidades da pessoa idosa: centros de dia e/ou noite, residências, apoio ao domicílio e, em específico, de estruturas residenciais para pessoas idosas (vulgo lares), cujo objetivo principal é integrar socialmente os mais velhos, prestar-lhe cuidados de saúde e potenciar a sua qualidade de vida, que dificilmente conseguiriam concretizar se não estivessem integrados numa instituição com essas características. A este tipo de cuidados podemos designar de "cuidados formais" (Guedes, 2012) já que ocorrem em ambiente institucionalizado, longe das redes informais que constituem os familiares, os vizinhos e os amigos.

O reforço do individualismo e o afastamento entre as gerações, bem como o duplo emprego por ambas as figuras parentais ou a parentalidade tardia, poderão justificar o aumento do número de idosos nos lares<sup>46</sup>. Daí que, em alguns casos, a instituição que acolhe pessoas

---

<sup>46</sup> Segundo a Carta Social, entre 1998 e 2011 verificou-se um aumento das estruturas residenciais para pessoas idosas em cerca de 68%, sendo que os lares, de entre as outras respostas sociais,

mais idosas passa a assumir o lugar da família, prestando cuidados de vida diária, acesso a cuidados médicos, oferecendo atividades de lazer e convívio (Guedes, 2012).

Assim, espera-se que, num lar de acolhimento, os seus residentes recebam cuidados de diferente natureza, desde logo a satisfação de necessidades básicas, nomeadamente alimentação, higiene e conforto, bem como cuidados de saúde e ainda outras respostas que promovam a prevenção de situações de risco ou a reabilitação, em situação de doença, até aos cuidados paliativos, numa fase mais avançada da vida. O lar de acolhimento deve, ainda, potenciar a participação ativa do idoso na comunidade.

De acordo com Carvalho (2005), que sistematiza os modelos de estado social ao nível das prestações que visam a satisfação das necessidades dos idosos, podemos distinguir o modelo de proteção *social liberal*, maioritariamente presente no Reino Unido e na Irlanda, que se caracteriza por um cariz comunitário organizado, principalmente desenvolvido no setor privado lucrativo, contratualizado pelos Municípios, que visa satisfazer as necessidades das pessoas idosas, crianças ou deficientes, podendo ser prestado em equipamentos sociais ou no domicílio, retirando o encargo às famílias, a quem incumbe apenas cuidados afetivos.

Um segundo modelo, denominado de *universalista*, enquadra a prestação de cuidados aos idosos como responsabilidade do Estado, o qual recorre aos equipamentos residenciais ou de serviço no domicílio para a prestação de cuidados de acordo com as necessidades dos serviços solicitados pelos idosos. É o caso de países como a Holanda e o Luxemburgo, onde a prestação de cuidados aos idosos é alicerçada em seguros de saúde, denominados “Seguros de dependência” que financiam os cuidados necessários aos idosos, os quais podem ser apenas serviços sociais ou apenas serviços de saúde e sem que seja necessária a intervenção da família para a prestação de qualquer cuidado.

Um terceiro modelo, designado de proteção social *conservador*, considera que os cuidados semi-alargados do sistema público da segurança social são da responsabilidade das entidades regionais que prestam cuidados sociais e de saúde, de acordo com uma grelha avaliadora das necessidades dos idosos. Este modelo de prestação de cuidados está maioritariamente presente em países como a Áustria e a Alemanha e reflete uma maior articulação entre o Estado e as famílias na prestação dos cuidados aos idosos. Acresce que, neste modelo conservador também se integram cuidados seletivos, baseados no seguro social e onde o Estado apenas intervém quando os municípios não são capazes de responder às necessidades

---

designadamente os centros de dia e o apoio domiciliário, são aquelas que em 2011 registavam menor capacidade de resposta, sendo as listas de espera 3 a 4 vezes superiores à capacidade do lar.

das pessoas, sendo os cuidados prestados por referência a um seguro de apoio à dependência, avaliado por médicos e que pode revestir diferentes modalidades, de acordo com os apoios que os idosos necessitam. Podem ser apoios de longo ou de alguma duração, consoante a dependência física e/ou cognitiva do idoso. No entanto, deste modelo fica de fora um conjunto de necessidades de apoio, particularmente ao nível social e de natureza afetiva.

Por fim, o quarto modelo de proteção, designado *mediterrâneo*, particularmente presente em países como a Itália e Espanha, caracteriza-se por uma política de cuidados restritos mistos, organizados pelo Estado, que transfere pensões e subsídios para os serviços municipais, os quais, por sua vez, delegam a prestação de serviços a entidades não lucrativas que prestam o apoio aos idosos no domicílio ou em equipamentos sociais. Neste padrão, para a prestação dos serviços é necessário demonstrar carência económica e indisponibilidade familiar para a prestação do serviço, pelo que, só quando as pessoas estão isoladas e sem família é que beneficiarão da prestação destes cuidados. Assim, nos casos em que existe família é esta quem tem a responsabilidade de prestar os cuidados ao familiar idoso.

Em países como a Grécia ou Portugal, encontramos um padrão de cuidados *deficitário*, quando comparado com o modelo *mediterrâneo*, já que os cuidados são essencialmente prestados no contexto familiar, sendo a política pública supletiva, onde uma pequena percentagem de idosos beneficia de cuidados formais (Carvalho, 2005).

Particularmente em Portugal, o Estado tem intervindo na criação de serviços e políticas de satisfação dos cuidados de saúde e sociais, com o aumento de equipamentos e serviços que, apesar de concentrarem em si o conjunto de necessidades sociais, económicas e de saúde dos idosos, são, contudo, insuficientes. No contexto português, e ainda que nos últimos anos se verifique um decréscimo, a família continua sendo a principal cuidadora e a maioria dos cuidadores são informais (Carvalho, 2005).

Os diferentes modelos de prestação de cuidados, referidos anteriormente, permitem distinguir os cuidados formais, prestados pelas instituições sociais, como os lares e asilos, e os cuidados informais, prestados pela família. No entanto, desde os anos oitenta que esta diferenciação vem sendo diluída, uma vez que há ainda a registar os cuidados médicos/de saúde prestados e integrados em serviços de apoio ao domicílio que, em articulação com a família, promovem a chamada *desinstitucionalização* (Carvalho, 2005). Por exemplo, as Santas Casas da Misericórdia, os Centros de Saúde, bem como outras empresas privadas de cuidado ao domicílio, têm sido responsáveis por oferecer um conjunto de serviços que permitem que os idosos, com processos de degradação biológica mais acentuada, permaneçam na sua habitação, sendo aí proporcionada a prestação de serviços de

alimentação, higiene pessoal, toma da medicação e colaboração na inscrição do idoso em estruturas residenciais ou serviços de apoio domiciliário.

Com efeito, hoje a prestação de cuidados não envolve apenas a prestação de cuidados na instituição ou na família, isoladamente, mas sim uma intervenção multidisciplinar que articula serviços públicos e privados, lucrativos e não lucrativos (Carvalho, 2005).

### **III. IV - Os lares de idosos (estruturas residenciais para pessoas idosas)**

Como vimos, um modelo ideal de promoção do bem-estar do idoso deveria caracterizar-se pela articulação de vários serviços sociais, sistema de saúde (públicos ou privados) em complementaridade com a rede familiar, de forma a responder a todas necessidades do indivíduo mais velho e da própria sociedade.

Considerando o caso em particular das estruturas residenciais para pessoas idosas, enquanto instituições de acolhimento, podemos encontrar dois tipos de estabelecimento: 1) *Instituições parciais* que apenas asseguram uma parte das atividades quotidianas dos indivíduos e 1) *Instituições totais*, que realizam todo o tipo de atividades com os indivíduos dentro do espaço da instituição e que satisfazem todas as necessidades dos seus residentes durante um longo período de tempo, onde se integram os lares de idosos (Guedes, 2012).

Segundo o Relatório de Portugal para a Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa de março de 2017, o número de vagas em estruturas residenciais para pessoas idosas aumentou cerca de 16% entre 2012 e 2015.

Em Portugal, estes serviços de apoio social, estavam previstos no DL n.º 133-A/97 de 30 de maio, que reformulava o regime de licenciamento, fiscalização de estabelecimentos de apoio social e que, no seu artigo 46.º, exigia que fossem determinadas normas de regulamentação do funcionamento dos lares de idosos de modo a que, efetivamente, estes espaços promovessem o bem-estar, convívio e a integração social dos seus idosos. Consequentemente, a regulamentação das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos foi apresentada no Despacho normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro, que definiu, inicialmente, as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos.

De acordo com este diploma, considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento coletivo, de utilização temporária e permanente, fornecimento de

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

Porém, foram surgindo vários outros projetos de construções residenciais para pessoas idosas, de carácter lucrativo e que, se enquadravam nos termos gerais de lares de idosos, mas que apresentavam uma tipologia e organização distintas. Relativamente a estas, o Despacho normativo do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social n.º 30/2006 de 31 de março, exigiu que estas estruturas fossem sujeitas a parecer técnico da Segurança Social e respeitassem as exigências do DL n.º 133-A/97 de 30 de maio e do Despacho de 12/98 de 13 de janeiro.

No entanto, para evitar a duplicação de regimes, e porque havia lares que se regulavam pelo Despacho do Secretário de Estado da Inserção Social de 1998 e outros pelo Despacho Normativo n.º 30/2006 de 31 de março, surgiu, posteriormente, um diploma de uniformização do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, o Despacho normativo n.º 3/2011 de 16 de fevereiro, que uniformizou alguns requisitos técnicos dos quartos dos idosos nos lares de idosos e nas estruturas residenciais para idosos.

Porém, em 2012, com a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março<sup>47</sup>, revogaram-se todos os diplomas anteriores e passou-se a definir o conceito unitário de estrutura residencial para pessoas idosas, identificando-a como o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Assim, de acordo com o artigo 3.º do referido diploma, as estruturas residenciais para pessoas idosas têm como objetivos:

- “ a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;
- d) Potenciar a integração social;”

---

<sup>47</sup> Entre o Despacho n.º 12/98 de 13 de janeiro e a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, poderemos também distinguir que neste último diploma se aumentou a capacidade das estruturas residenciais relativamente à capacidade dos lares. Nestes últimos, a capacidade era apenas de 40 pessoas, ou em circunstâncias excecionais de 60 pessoas (Norma V), enquanto que as estruturas residenciais têm atualmente uma capacidade máxima de 120 residentes, ainda que organizados por unidades funcionais com um máximo de 60 residentes (artigo 6.º). Acresce, que as estruturas residenciais para idosos podem assumir diferentes modalidades, previstas no artigo 7.º:

- “a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias;
- b) Quartos;
- c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.”

A estrutura residencial destina-se, em regra, à habitação de pessoas com 65 anos ou mais, sendo que, perante situações justificadas e extraordinárias também se poderão destinar a pessoas com idade inferior aos 65 anos, e deve prestar um conjunto de serviços, desde a alimentação, a higiene pessoal, do espaço e da roupa dos seus residentes, apoio em atividades diárias, cuidados de enfermagem e administração de medicamentos, bem como promover atividades de animação sociocultural e oferecer um conjunto de outros serviços, e permitir a convivência social com os outros residentes, com familiares e amigos, bem como com a comunidade, nos termos do artigo 6.º da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março<sup>48</sup>.

Assim, a criação de uma instituição que pretende se substituir à residência e às redes de suporte mais próximas, é mais do que um teto. Implica a satisfação das necessidades básicas e secundárias dos cidadãos, e deve prevenir e promover adequadas condições de saúde física e cognitiva, retardando ou estabilizando as consequências do processo de envelhecimento através de uma alimentação saudável, segundo padrões nutricionais e clínicos adequados às pessoas em causa, prestação de cuidados de saúde a todos os níveis, de acordo com o grau de necessidade de cada idoso, tratamento das suas roupas, prática de atividades físicas adequadas às capacidades de cada um, atividades culturais, recreativas e ocupacionais e de interesse para os idosos, que promovam a autonomia e independência na satisfação de atividades básicas ou na promoção do seu sentido de utilidade, permitindo um ambiente familiar e acolhedor, tanto quanto possível semelhante ao que os utentes teriam nas suas

---

<sup>48</sup> “Artigo 8.º Serviços

1 — A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;
- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Tratamento de roupa;
- d) Higiene dos espaços;
- e) Atividades de animação sociocultural, lúdico- -recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- h) Administração de fármacos, quando prescritos.

2 — A estrutura residencial deve permitir:

- a) A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
- b) A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.

3 — A estrutura residencial pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.

4 — A estrutura residencial deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.”

residências particulares, promovendo a integração social e o relacionamento quer com os seus convivas<sup>49</sup> e vindouros<sup>50</sup>.

Já referimos anteriormente que a criação de lares de acolhimento para pessoas idosas pode constituir, entre outras, uma resposta às situações de maior isolamento social, vulnerabilidade e pode mesmo constituir uma estratégia que visa promover a integração daqueles que, por razões diversas, perderam laços com a família, vizinhos ou amigos, incentivando-se, na estrutura residencial, o relacionamento com os restantes residentes e promovendo-se atividades de envolvimento sociocultural, de desenvolvimento social e de interação com a comunidade.

Os lares de idosos são assim uma possibilidade de garantir uma boa qualidade de vida, dando resposta não só às necessidades de alimentação e de saúde, como também são uma forma de dirimir a exclusão, permitindo viver de uma forma ativa a velhice (Capucha, 2005).

Porém, nem sempre este é o entendimento da sociedade, nem a representação que cada indivíduo faz deste tipo de instituições. Se uns veem o “copo meio cheio” e se focam nas vantagens de viver numa instituição, há também quem veja o “copo meio vazio” e ressalve os aspetos negativos dos cuidados prestados em lares.

Goffman (1993), referindo-se aos lares, classifica-os como residências onde vários indivíduos vivem separados da sociedade, com uma vida fechada e durante um certo período, mais ou menos longo. Goffman enquadra estes estabelecimentos no que considera serem *instituições totalitárias*, caracterizadas por serem fechadas, pouco acessíveis, terem uma única autoridade que, burocraticamente e hierarquicamente, supervisiona toda a instituição. Acresce, que na sua ótica, uma instituição totalitária caracteriza-se pela forma idêntica de tratamento a todo o indivíduo, aí residente, sujeito a um conjunto de regras e horários rígidos (Guedes, 2012).

Noutros estudos, regista-se uma avaliação positiva da vida institucionalizada. John F. Myles, realizou um estudo com um conjunto de idosos residentes num dos lares do Canadá, onde se verificou que os idosos institucionalizados podiam adquirir uma melhor perceção do seu estado de saúde quando comparados com outros idosos não institucionalizados (Guedes, 2012).

Como constataremos no presente trabalho pelos estudos empíricos realizados, efetivamente, e em cumprimento dos normativos legais, as estruturas residenciais analisadas reúnem um

---

<sup>49</sup> Pessoas em igual situação, que partilham as mesmas experiências de envelhecimento

<sup>50</sup> Pessoas de nova geração e que são, essencialmente, os filhos e os netos dos idosos.

conjunto de condições que permitem ao idoso desenvolver todas as suas capacidades e ver satisfeitas as suas necessidades.

### **III.V - Motivações para a institucionalização - A institucionalização como alternativa à família**

A família é a instituição onde, em virtude da proximidade, dos laços de consanguinidade e das necessidades, se revela uma maior solidariedade, sendo-lhe atribuídas pela sociedade determinadas tarefas de cuidados (Gil, 2010). Cuidar, no dicionário da língua portuguesa,<sup>51</sup> significa "olhar para o outro", "prestar cuidados". A sociedade tende a atribuir como pertencentes à família as tarefas de higiene pessoal e de vestuário, tendo por base a solidariedade familiar. Esta tem a particularidade de ser uma solidariedade invisível e silenciosa, uma vez que está circunscrita ao íntimo familiar, no espaço doméstico, assentando em valores morais e numa base de reciprocidade e de gratuidade. Assim, não são vistas como trabalho, mas como uma forma de amor e de ajuda, podendo revestir diversas formas de apoio, desde ajudas domésticas, financeiras, ajudas na habitação ou nos serviços (Gil, 2010). Trata-se de uma solidariedade intergeracional, que potencia várias trocas de ajudas, bens e afetos, quer entre os pais idosos e os filhos adultos, mas também entre os avós e os netos.

Fernandes, citando Claudine Attias-Donfut (1997), apresenta a motivação para a verificação da entreatajuda entre gerações, alicerçada nas necessidades geradas pelas dificuldades de um dos membros da família, que desencadeiam ajudas entre os seus membros. Além do mais, esta solidariedade familiar também reflete um sentimento de dever de ajuda resultante de uma dádiva anterior. São assim chamados laços de reciprocidade ou de complementaridade e que se caracterizam por ajudas mútuas que estimulam sucessivamente outras dádivas.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Fonte: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>

<sup>52</sup> Vern Bengston, nos anos 80 (Gil, 2010) distingue vários tipos de solidariedade geracional entre pais e filhos, avós e netos:

- i) solidariedade afetiva, que correspondente a sentimentos positivos promovidos pelas relações familiares;
- ii) solidariedade associativa, que reflete atividades feitas em conjunto;
- iii) solidariedade consensual, que respeita às semelhanças de valores entre as gerações;
- iv) a solidariedade funcional, baseada na reciprocidade dos serviços e atividades diárias;
- v) a solidariedade normativa, que corresponde à responsabilidade para a necessária cooperação familiar;
- vi) e a solidariedade estrutural que contempla as relações familiares tendo em consideração a sua proximidade espacial, geográfica e a frequência de contactos.

Mas, é também no espaço familiar que, para além das relações de dádiva se vivem tensões e conflitos, que coexistem com a solidariedade familiar, nomeadamente problemas como a crescente violência doméstica<sup>53</sup>, o stress e o isolamento, particularmente nos mais idosos.

Ademais, a par destas distorções, a solidariedade familiar vem também perdendo o seu carácter obrigatório, moral e coletivo, para assentar numa decisão individual e num sentimento de obrigação de cuidar, particularmente quando se trata do cuidado aos mais velhos (Gil, 2010).

Assim, Ana Paula Martins Gil, citando Walker (1991), indica que o sentimento de obrigação proveniente das conceções morais e sociais dos apoios familiares, o designado *familismo*, tem sido cada vez mais substituído pela intervenção estatal. Nestes termos, trata-se da designada por Lenoir, 1985, de *desfamiliarização* (Daniel, 2006) que corresponde à alteração dos modos de vida da família, que era representada tradicionalmente como cuidadora dos mais velhos, levando, contemporaneamente, à progressiva ausência de certas práticas familiares de interajuda, que potenciam o isolamento e as ruturas do vínculo familiar (Daniel, 2006).

No contexto da família tradicional, as mulheres sempre foram consideradas as principais cuidadoras, já que o cuidar sempre foi associado ao feminino, acrescido do facto de muitas destas mulheres não tinham ocupação fora do lar, daí que cuidar dos mais velhos era visto como uma “obrigação”, sobretudo para as filhas. “Enquanto a mulher possuía a função doméstica, cultivo de terra e cuidado dos filhos, o marido possuía a função da caça e de outras atividades que exigiam força e velocidade” (Borsa,2008:4), numa clara dicotomia funcional das tarefas consideradas próprias de homens e de mulheres.

Com o passar do tempo, a própria noção de cuidar tem sido alterada. A inserção da mulher no mercado de trabalho, as crescentes políticas que protagonizam a igualdade de género e a não discriminação entre homens e mulheres, a valorização da conciliação entre a vida familiar e profissional, fizeram com que o perfil de cuidador se alterasse.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> De acordo com as estatísticas da APAV, cerca de 10% das pessoas atendidas pela associação em 2018 tinha 65 anos ou mais, sendo que assiste-se a um aumento significativo do número de processos de apoio a pessoas idosas pela APAV, tendo em 2017 registado 1208 processos, mas no ano de 2000 registavam-se apenas 238 processos, de acordo com a informação consultada em 20 de setembro de 2019 e disponível em [https://apav.pt/apav\\_v3/index.php/pt/estatisticas-apav](https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas-apav)

<sup>54</sup> No entanto, persiste a noção, socialmente aceite, de que são as filhas, noras ou netas que se devem assumir como cuidadoras dos familiares idosos. Uma noção que, apesar das alterações verificadas no mercado de trabalho, continua presente e nem sempre contraditada. Assim, quando acontecem existirem idosos dependentes a viver com a família, é habitual que seja a mulher quem assume, na maioria das vezes, esses cuidados, mesmo que tenha uma vida profissional a tempo inteiro (Pereira, 2011). São chamadas cuidadoras informais, que têm uma ligação próxima ou familiar com outro e

Na sociedade pré-moderna, o sistema básico de “segurança social” implícito consiste em os filhos adultos cuidarem dos seus pais idosos constituindo-se, assim, um sistema de interajuda intergeracional. A transição duma economia rural para uma economia (pós) industrial, caracterizada pela urbanização, pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade, quebrou esta instituição ancestral, chegando ao caso dos filhos não terem nem tempo ou vontade para estar com os seus pais<sup>55</sup>.

Por outro lado, o desenvolvimento social e económico que tem vindo a marcar as sociedades europeias nos últimos anos, vem exigindo maior grau de mobilidade das famílias, desenraizamento dos agregados das zonas de naturalidade por razões profissionais, entre outros factores, com consequências para a perda do sentido comunitário das famílias e, por consequência, contribuindo para a proliferação de fenómenos sociais como o individualismo e a *desfamiliarização* (Fernandes, 1997:72). Assim, em virtude da crise de valores sociais, a importância dos laços de consanguinidade na definição das responsabilidades sociais foi enfraquecendo, verificando-se, mais frequentemente, ruturas dos casais jovens com as famílias de origem, o que contribui para a chamada crise das responsabilidades familiares e da solidariedade (Guerreiro, M., Torres, A. & Lobo, E., 2007).

Neste contexto, os idosos representam um grupo especialmente vulnerável ao nível da solidariedade, pois deixam de exercer o seu papel na família, são postos de parte pelos seus íntimos/mais próximos e, paralelamente, são mal protegidos pela Segurança Social (Gil, 2010).

---

que, voluntariamente, sem qualquer remuneração ou fazendo disso profissão, assumem a responsabilidade de cuidar dessa pessoa que se encontra impossibilitada física e ou cognitivamente de ser responsável por si (Pereira, 2011). Contudo, a esse nível os cuidadores estão expostos a um conjunto de riscos pela sobrecarga física e emocional da tarefa de cuidar alguém quase ou totalmente dependente, pelo consumo de tempo que os cuidados a terceiro podem implicar, principalmente para pessoas que, paralelamente à tarefa de cuidado, exercem outra atividade profissional, bem como pela fragilização ao nível da qualidade de vida do próprio cuidador que nem sempre se encontra bem para cuidar, sendo que *“se o cuidador “estiver bem” e “bem preparado” cuida melhor da pessoa dependente”* (Pereira, 2011). Neste aspeto, para minimizar os efeitos do papel do cuidador são importantes as formações destinadas aos cuidadores, a responsabilização por parte dos serviços de enfermagem e psicologia no apoio ao cuidador, bem como as respostas do Estado ou de outras iniciativas privadas que promovam o descanso do cuidador, como é o exemplo das vagas em lares para que o cuidador possa deixar ao cuidado de terceiros o idoso dependente que está a seu cargo a tempo inteiro.

<sup>55</sup> Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M., 2012:44.

Além do mais, a crescente diminuição dos agregados familiares<sup>56</sup>, é também uma razão que pode explicar a ida dos idosos para os lares, provocada pela diminuição da taxa de natalidade e a redução do índice de fecundidade<sup>57</sup>, pois fazem com que muitos idosos nem sequer tenham filhos para os apoiar (Guedes, 2012).

Acresce que, o aumento da mobilidade da população não é conjugável com a tendente estabilidade ou cuidado continuado que, por vezes, um idoso necessita, particularmente quando é crescente um conjunto de profissões que exigem a mobilidade espacial diária, muitas vezes para fora do perímetro de residência (Gil, 2010).

Assim, a facilidade de meios de transporte e a globalização são também responsáveis por, desde muito cedo, os filhos saírem do espaço de residência dos pais, dificultando o regresso "a casa", quando os seus pais, idosos, necessitam de maior ajuda. "Neste novo cenário, os modos de vida dos membros de uma família representados, tradicionalmente, como possíveis cuidadores, tornam-se, crescentemente, difíceis de conciliar com as necessidades de prestação de cuidados que exigem os familiares mais idosos. Face a esta relativa ruptura do modelo tradicional de família, a institucionalização toma forma, em muitos casos, como a única solução possível. O lar de idosos é representado, por muitos idosos, como 'um mal menor' e não, porém, como uma alternativa de vida considerada positiva, uma vez que a institucionalização é vista como um corte com uma história de vida e um afastamento real da rede de relações" (Daniel, 2006:101).

Em alguns casos, as ruturas matrimoniais e as novas formas de conjugalidade podem levar algumas famílias a procurarem resposta para os seus idosos através da sua institucionalização. As incertezas e indefinições que marcam as relações de conjugalidade, por exemplo, e como supra já mencionámos, o aumento significativo do número de divórcios, poderão afetar a estabilidade dos adultos e conduzir, em alguns casos, a que os mais velhos enfrentem a velhice sozinhos, aliada às situações de viuvez (Aboim,2006).

---

<sup>56</sup> Segundo o INE, 2013, em 1960 a dimensão média das famílias em Portugal era de 3,8 pessoas, enquanto que em 2011 registou-se uma média de 2,6 pessoas por família. Também assiste-se à diminuição das famílias complexas (compostas por mais pessoas que um núcleo familiar ou mais do que um núcleo), que em 1960 representavam 15% do tipo de famílias e em 2011 apenas 9%, o que se refletiu numa diminuição do número de idosos a viverem em unidades domésticas de famílias complexas, designadamente, em 2001 de 19,6% e 2011 de 15,8%.

<sup>57</sup> Em Portugal, entre 1960 e 2018 o índice de fecundidade, que corresponde ao número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil, baixou cerca de 1,79%, já que em 1960 registava-se em média 3,20 filhos por mulher e em 2018 apenas 1,41 filhos por cada mulher em idade fértil.

Uma das outras principais causas que justifica a procura das instituições de lar reside na morte do cônjuge, o que, para muitos idosos, é um ponto de viragem, uma transição, que altera o quotidiano e os leva a aceitar outras formas de vivência menos solitária.

Um estudo sobre o envelhecimento em Portugal, publicado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (Cabral, 2013), revela que 20,1% da população estudada vivia só, sendo que, 66,2% vivia com o cônjuge e 13,7% vivia acompanhada por terceiros, que não pelo cônjuge ou pelos filhos, mas, por exemplo, vizinhos, amigos ou irmãos, como forma de ultrapassar o isolamento nesta fase da vida.

Finalmente, há que considerar como importante fator que leva à opção pela institucionalização, a dependência e a conseqüente perda de autonomia. Segundo Guedes (2012), este é porventura, um dos principais fatores que impulsiona a procura de instituições. Com efeito, o aumento da esperança média de vida, o maior número de pessoas idosas e o prolongamento da vida por mais tempo, nem sempre sinónimo de vida com qualidade, agravando o aparecimento de doenças de tratamento prolongado e/ou crónicas, que contribuem para diminuir a autonomia, as capacidades de locomoção e, inclusive, afetam as competências psíquicas dos mais velhos, como acontece em doenças degenerativas, como é o caso do Alzheimer (Guedes, 2012).

Esta condição do idoso implica em termos de solidariedade geracional dos filhos adultos para com os pais, a presença de um cuidador informal no domicílio, o que acarreta desgaste físico e psicológico, e leva algumas famílias a sentirem que estão limitadas na possibilidade de proteger o idoso, quer pelo seu grau de dependência, quer pela carência em recursos humanos e financeiros, como acontece quando ocorrem situações de desemprego, baixos rendimentos ou até incapacidade dos familiares para prestarem os cuidados necessários.

Portanto, verificando-se um maior abandono dos idosos, o Estado passou a assumir a preocupação transferida de prestar cuidados e o dever de colmatar e/ou erradicar os problemas associados ao envelhecimento.

Por conseguinte, foram criadas políticas públicas com vista à atribuição de recursos mínimos a esta população, reforço da segurança, acesso à saúde, combate à solidão e ao isolamento, quer através do reforço do sistema de pensões, para garantir um nível mínimo de subsistência aqueles que contribuíram ativamente durante a vida, mas também a todos os outros, que não tiveram um percurso profissional, mas dedicaram a sua vida aos outros, seja no trabalho

doméstico ou no cuidado de terceiros e que, por esse facto, têm também direito à atribuição do apoio do estado, seja por via de reforma por invalidez ou pensão de velhice.<sup>58</sup>

Apesar de, nos últimos anos, se ter assistido a um conjunto de respostas sociais que visam a integração dos idosos, como sejam os centros de dia ou o apoio domiciliário, estas respostas nem sempre são suficientes para fazer face ao grau de dependência do idoso. Complementando estas medidas, um outro tipo de cuidados, nomeadamente em termos de administração da medicação ao longo do dia, apoio na mobilidade, entre outros cuidados diretos, implica a presença de um cuidador em permanência ou a tempo parcial o que, não sendo possível ao nível dos familiares, acarreta acréscimo de recursos económicos, nem sempre disponíveis.

Se considerarmos o facto de os idosos precisarem não apenas de cuidados específicos, mas também de uma relação de qualidade afetiva, da presença dos familiares, incluindo o contacto com as gerações mais novas, então, o ideal seria encontrar um modelo que pudesse conciliar os cuidados a prestar pelas instituições/técnicos e o papel dos familiares, como suporte afetivo e íntimo. As ajudas institucionais e familiares deveriam poder cooperar entre si e complementar-se, de forma que, a institucionalização não significasse um corte com a rede familiar, como já constatámos no capítulo III. IV.

A abordagem ideal devia ser interdisciplinar, envolvendo os membros da família, amigos e até vizinhos, com a prestação de serviços das instituições/dos serviços especializados, que assim partilhariam o encargo e a responsabilidade do cuidar, particularmente na fase mais avançada da velhice, caracterizada por uma maior dependência.

### **III. VI - Processo de adaptação**

Residir naquela que, para muitos idosos, será a última morada implica um conjunto de mudanças espaciais, de costumes e de vivências que pode ser/provocar um choque, para alguns.

---

<sup>58</sup> Contudo, para além do Estado ser o fim das ruturas familiares, tentando proteger os mais fragilizados na ausência da estrutura familiar, o Estado é também causa e princípio da desfamiliarização, porquanto, assume, para si, cada vez mais funções de cuidado e ao invés não proporciona à família condições para reforçar as relações de interajuda. Por exemplo, no caso dos mais idosos, a legislação laboral necessita de revisão de modo a possibilitar o cuidado de idosos por quem trabalha, através da possibilidade de poder optar por meia jornada de trabalho, à semelhança do regime para crianças, de acordo com o artigo 114.º-A da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, Lei n.º 32/2014 de 20 de junho.

Após a decisão de entrada na instituição, as primeiras semanas são fulcrais no processo de adaptação e a atitude com que cada idoso entra no lar é crucial no seu processo de adaptação. Para Giddens (1994), algumas decisões na vida são tomadas com base na confiança, ou seja, numa interferência indutiva a partir de uma ideia anterior ou acontecimento no passado que fazem o sujeito acreditar que possa ser o melhor, tendo por base a “fé”.

Ter confiança está associado à ideia de segurança dos indivíduos e, se o idoso estiver convicto da sua decisão de residir num lar, a possibilidade de uma adaptação menos dolorosa é maior.

Assim, quando a entrada para o lar é impulsionada pela confiança de que se trata de uma boa decisão, e se tem, como pressuposto, a convicção que provém do conhecimento de experiências anteriores de outros idosos da mesma geração, com os quais os novos residentes se identificam e depositam fé, poderá ser facilitado o processo de adaptação à mudança (Giddens, 1994).

Todavia, a entrada na instituição implica a conformação com um conjunto de regras que disciplinam a vivência nesse espaço. A existência desta regulamentação não é necessariamente uma desvantagem. Por mínima que seja, toda a organização precisa de regras. No entanto, particularmente nos lares, a regulamentação impõe aos indivíduos determinadas atividades e horários fixos que organizam as refeições, o horário de dormir, as entradas e saídas da residência, a possibilidade de receber visitas ou ver televisão. Por vezes, estas regras podem ser sentidas como excessivas, representando, necessariamente, uma perda de autonomia do indivíduo e constituir um entrave no processo de adaptação do indivíduo à vida em coletivo (Guedes, 2012). Contudo, quando consideramos os idosos mais dependentes ou com menos capacidades, a questão da adaptação às regras pode não constituir qualquer entrave, ao contrário do que acontece quando falamos de idosos mais autónomos e independentes, sobretudo se a organização das instituições for mais totalitária. Nestes casos, torna-se necessário que os indivíduos sejam maleáveis para se adaptarem e que o conjunto de regras não constitua um obstáculo ao seu bem-estar, devendo também a instituição ser capaz de atribuir maior liberdade de atuação, em função do grau de autonomia de cada idoso (Guedes, 2012).

Paralelamente, na instituição, os idosos têm dificuldade em encontrarem um espaço dentro da residência com o qual se identifiquem o que, por vezes, cria frustração e pode obstaculizar a adaptação, na medida em que o idoso sente dificuldade em se adaptar ao novo espaço físico e às relações que acontecem no quadro da instituição.

Habitualmente, podemos verificar que, num lar, os espaços estão todos muito divididos e funcionalmente identificados. Há os espaços onde acontece a socialização e o convívio, e espaços de refúgio, que tendencialmente não são muitos, a par da impossibilidade de muitas vezes, os quartos, casas de banho não serem singulares (Guedes, 2012). Com efeito, há indivíduos que preferem não permanecer em espaços de sociabilização e outros em que esses espaços são vistos como uma forma de reconhecimento social, que ajudam a preencher o dia de forma dinâmica. Assim, a institucionalização pode tornar-se mais difícil para aqueles idosos que estão mais habituados e que preferem manter-se no seu próprio espaço, individual, sem terem de dividir e ou partilhar, especialmente porque, muitas vezes, a presença no espaço de sociabilização é imposta ou porque, na maior parte dos lares, os quartos são comuns e é difícil para os idosos residirem com alguém, até então, visto como um estranho. Portanto, encontrar espaços que permitam algum isolamento, onde seja possível distanciar-se do coletivo nem sempre é uma tarefa fácil para quem vive num lar. Por vezes, o facto de estar em grupo é um desafio ao novo estilo de vida. O viver em grupo, com quem ainda não se estabeleceu qualquer laço, corresponde muitas vezes ao sentimento de medo do julgamento das outras pessoas e, nesse sentido, a vivência no lar pode influenciar a própria identidade do indivíduo, particularmente a identidade subjetiva, como veremos adiante (Guedes, 2012).

Para além disso, a vivência num grupo fomenta nos indivíduos outras necessidades que, de outro modo não teriam. Por exemplo, a necessidade de se enquadrarem no grupo, de serem valorizados, escutados ou, pelo contrário, a necessidade de se isolarem, de se individualizarem face ao grupo. Assim, quando o grupo sabe responder a estas necessidades, o processo de institucionalização acontece de forma "saudável" e os indivíduos referem gostar de residir com o grupo, porque se sentem ouvidos e gostam da imagem que os outros têm de si. Nestes casos, os idosos conseguem ter uma consciência positiva da sua vivência institucional, a qual é facilitadora da integração na instituição e na própria identificação do indivíduo com o espaço e com os outros.

Por último, cumpre ressaltar que, para muitos idosos a entrada no lar implica uma rutura total com o seu meio, com os familiares, amigos e conhecidos (Guedes, 2012). Em alguns casos, a entrada na instituição faz com que as famílias se desliguem do dever de cuidar e as visitas ao idoso sejam esporádicas, potenciando no idoso institucionalizado sentimentos de abandono e frustração que dificultam a adaptação à instituição, ainda que o processo decisório de entrada no lar tenha sido encarado como uma forma de melhoria das condições de vida.

Há ainda a considerar o facto de o aumento do número de idosos, nem sempre ser acompanhado pelo aumento dos serviços institucionais, o que leva a que alguns idosos percam o contacto com os seus vizinhos e amigos com quem partilhavam a sua vida, sobretudo quando o lar dista da sua zona de residência anterior.

Finalmente, e como foi possível verificar em conversa com os vários idosos no âmbito do presente estudo, não podemos deixar de referir que o processo de adaptação ao lar é também influenciado pela personalidade de cada idoso e pela história de vida que o caracteriza e que transporta consigo quando entra para o lar. Logo, a presença no espaço coletivo de diferentes identidades, condiciona o modo como cada um se adapta à vivência neste tipo de contexto residencial.

Além do mais, cada indivíduo pode reagir de diferente forma à institucionalização, consoante o seu contexto, tempo todo o processo, ou até, por exemplo, se foram esgotadas todas as possibilidades de vivência no seu familiar, podendo, inclusive, ser a causa de solidão ou depressão do idoso pelo receio de serem esquecidos da família e da sociedade (Neto, M. & Corte-Real, J., 2011).

## IV - Identidade patrimonial dos idosos

### IV. I - Construção da identidade

Na Europa medieval, a linhagem, o género e os estatutos sociais eram relativamente fixos e o papel individual não assumia particular importância, pois as transições que se verificavam ao longo da vida eram muito institucionalizadas. É com a diferenciação da divisão do trabalho que se atribui maior atenção ao indivíduo, com a consciência de que cada pessoa tem um carácter único e especial, diferenças e características próprias (Guedes, 2012).

O *eu* ou o *self* de cada indivíduo é um sistema dinâmico e interpretativo, em constante construção, que regula o comportamento individual e condiciona a maneira de atuar. Por sua vez, o bem-estar é influenciado por rotinas cognitivas, pela socialização, pelo modo de pensamento dos próprios indivíduos, as representações e o julgamento que os outros fazem de si próprio (Guedes, 2012).

O *eu*, a que Giddens (1994) denomina *self*, é, em primeiro lugar, fruto de uma construção da responsabilidade do próprio indivíduo, dos esforços de cada um e da sua reflexão acerca de si próprio. Assim, é um processo de desenvolvimento do seu passado para o seu futuro, onde as várias experiências representam barreiras a serem ultrapassadas e confrontadas e a consciência das várias fases da vida contribuem para a construção do *eu*.

A autoidentidade é, portanto, uma reflexão de como a própria pessoa se vê, não correspondendo a traços identitários, mas a este exercício de reflexão do próprio *eu*, ou seja, da existência dos elementos cognitivos daquilo que sou. É natural que, em cada momento da vida, o indivíduo se vá questionando sobre o que está a acontecer, o que está a pensar, fazendo uma autorreflexão do que ele próprio é, refletindo uma narrativa sobre ele próprio. Assim, a forma como o indivíduo é capaz de se libertar, de não colocar limites ao auto-crescimento, de superar os bloqueios interiores permite a construção saudável da sua identidade.

Pelo contrário, quando o indivíduo não é capaz de encarar os acontecimentos e de pensar sobre as suas posições na vida não permite que o *self* se desenvolva.

A vida é um processo de transições que implicam ganhos e perdas e cada uma dessas experiências contribui para uma autorrealização, que implica encarar riscos para alcançar oportunidades. Por exemplo, a saída da casa paterna, a separação marital por via legal ou pela morte do companheiro representam transições capazes de influir na construção do *self* de cada um. Daí que Giddens refira que nós somos responsáveis pela pessoa que somos.

Nestes termos, num mundo repleto de opções, o planeamento da vida é também um critério particularmente relevante para a construção da identidade, pois constitui uma forma de autorreflexão, preparando ações futuras e potenciadoras da criação do *self* futuro.

Como veremos nesta pesquisa, mais do que o espaço de institucionalização, o evento que marcou os idosos, em estudo, é a sua escolha pela instituição, o momento a partir do qual tomaram consciência de que tinham de ser institucionalizados ou então, a referência a alguém que lhes incutiu ou condicionou nessa decisão.

Assim, qualquer decisão do ser humano, por mais pequena que seja, dá forma àquilo que ele é, ou será. Desde o que vestir, comer ou o modo como se comporta no trabalho ou na sociedade, tudo contribui para construir o núcleo da sua identidade, bem como o reconstrói, quando se verificam mudanças.

Contudo, as escolhas são muitas vezes condicionadas pelas hipóteses de vida, as características culturais do meio em que o indivíduo se insere e as suas circunstâncias de vida. Neste sentido, a confiança é primordial na tomada de decisão e nas várias escolhas que são feitas ao longo da vida, com impacte do ponto de vista cognitivo e emocional, pois permite dar fiabilidade às atitudes e, por isso, contribuem para a construção da autoidentidade e da identidade de qualquer pessoa.

Assim, a identidade está em constante reestruturação, desde a infância, e é diretamente reelaborada pelos diferentes processos de socialização. Com efeito, este processo de socialização corresponde a uma educação moral de acordo com modelos culturais transmitidos pela geração precedente e pelo grupo social onde se está inserido, em permanente mutação de acordo com as necessidades e pretensões de cada indivíduo e dos valores e representações daqueles com quem este se relaciona (Dubar, 1997) implicando que o indivíduo, através da comunicação com os outros, quer seja pela linguagem ou pela intenção dos outros, se vá construindo e desempenhando um papel útil e reconhecido (Guedes, 2012).

Assim, quando falamos de identidade não podemos, apenas, referir a construção da imagem que os indivíduos constroem de si, em virtude das interações e sensações no qual a pessoa se projeta, que são interiorizadas pelo próprio e inseparáveis do seu dia a dia. Também devemos enquadrar a apreciação e avaliação que os outros fazem de nós mesmos. Neste sentido, cuidamos da imagem de nós próprios quer para nós, quer para termos a aprovação dos outros, porquanto na construção do *self* é também importante a reflexividade do corpo, que colabora na construção da personalidade e constrói o todo coerente do indivíduo (Medeiros, 2013).

A noção de identidade para Lipiansky (1990), segundo Guedes (2012), assenta num conjunto de características importantes que definem o indivíduo e que permitem a sua identificação pelos outros, como por exemplo, o nome, a profissão, a idade, o estado civil e a nacionalidade, mas também assenta numa perceção subjetiva que corresponde ao que o próprio indivíduo pensa de si próprio, que é, em grande medida, fruto da reflexão interior, identidade objetiva e da relação e interação com os outros, identidade subjetiva.

Assim, verifica-se sempre uma dualidade de identidade: a *identidade para si e a identidade para os outros* (Dubar, 1997), as quais podem ou não ser coincidentes, ou que, inclusive, poderá ser coincidente em determinado tempo ou espaço, mas que face à sua mutabilidade e construção da identidade ao longo do tempo poderão nem sempre coincidir.

Nestes termos, na medida que a nossa identidade é construída pela visão do outro, esta pode ser atribuída com base em “identidades sociais virtuais” que correspondem à caracterização do nosso *eu*, com base em categorias utilizadas pelos outros, ou “identidades sociais reais” que constroem o *eu* com base em categorias legítimas para o próprio eu. Com efeito, a construção da identidade corresponde a um jogo de entidades próprias, de identidade dos outros sobre nós, que podem ou não ser aceites e contribuir, ou não, para a reestruturação da nossa própria identidade.

Assim, podemos concluir que as identidades não são pré-construídas, mas estão em permanente negociação, quer conosco próprios, quer com os outros (Goffman, 1993).

No âmbito da construção identitária, o registo da idade é um traço relevante. A idade acarreta uma interpretação geral dos outros sobre nós e, inclusive, de nós mesmos ao longo do percurso da vida.

“A idade individual é o indicador que nos liga ao grande relógio Universal” (Medeiros, 2013: 94) e, nessa medida, aproxima-nos dos indivíduos de igual idade, mas também poderá nos distanciar. Logo, a idade não é um fenómeno exclusivamente natural, mas vivido e sentido de forma distinta em virtude da classe social, do meio cultural e das experiências e ocorrências de vida (Medeiros, 2013).

Assim, poderemos ter uma *idade identitária*, a idade que os indivíduos se atribuem a si próprio, mas também uma *idade subjetiva relacional* que é aquela que o indivíduo refere que os outros lhe atribuem (Medeiros, 2013)

Nestes termos, os indivíduos distanciam-se ou aproximam-se uns dos outros em virtude das diferenças geracionais e o tempo de vida é um conjunto de transições sucessivas no tempo, que caracterizam o próprio indivíduo e que influenciam o modo de vida de cada um e está presente quando, vulgarmente, ouvimos “*este também é da minha geração*” (Giddens, 1994).

Assim, Giddens (1994) acredita que, mais do que o espaço ou local onde se vive, é o tempo o principal caracterizador da identidade.

No entanto, a transição de uma geração para outra e as diversas decisões que o indivíduo vai delineando ao longo do seu tempo de vida tendem a provocar reflexões sobre o seu modo de ser e de atuar, pelo que “cada fase de transição de vida tende a tornar-se uma crise de identidade – e é frequentemente assim que o indivíduo a entende” (Giddens, 1994:133).

Por último, a identidade é também fruto das várias conexões entre os espaços e as transições de vida dos indivíduos. Assim, num contexto em que a transição entre a fase adulta e a fase mais velha o espaço permanece idêntico não se verificará grande alteração na identidade do indivíduo, o que poderá não ocorrer com a mutação espacial.

Acresce, que a globalização e as rápidas e díspares alterações sociais da modernidade também influenciam diretamente o modo de vida dos cidadãos e o pensamento cultural, pelo que, necessariamente, influenciará a própria identidade.

“A noção de identidade está claramente relacionada com os conceitos de estabilidade, permanência, totalidade e singularidade e é utilizada como um conceito que define um estado da pessoa ou do grupo na explicação de comportamentos individuais e coletivos” (Guedes, 2012: 49).

Em suma, a identidade pressupõe a simbiose de fatores temporais e espaciais e tudo aquilo que fazemos, somos ou dizemos, está alicerçado num conjunto infinito de influências internas e externas.

#### **IV. II - Identidade do idoso institucionalizado**

O envelhecimento é por excelência uma fase da vida de grandes transformações, apesar de, como supra expusemos, ser difícil a separação clara entre cada uma das gerações e a definição do momento concreto de entrada nesta fase, vulgarmente designada de terceira idade (Giddens, 1994).

No entanto, é certo que a transição para a fase mais idosa, por si só, é capaz de provocar diversas alterações na identidade do indivíduo, quer pela sua própria autorreflexão, quer pela consciência social desta fase da vida.

Normalmente, a sociedade tende a enquadrar as pessoas mais velhas como incapazes e sem autonomia, surgindo atitudes mais autoritárias do cuidador ou da instituição, particularmente no que respeita aos horários, alimentação e outras atividades, em detrimento da vontade própria do indivíduo. Assim, a intrusão na identidade do indivíduo começa a ser uma

constante, que nem o próprio tem consciência de quem é, e da sua própria vontade, particularmente em situações de maior dependência.

No entanto, para lá dos problemas identitários, inerentes ao próprio processo de envelhecimento, no contexto da institucionalização, esta crise de identidade poderá ficar acentuada, uma vez que a entrada na instituição implica a rutura com o estilo de vida e práticas anteriores, “o controlo que os lares exercem sobre todos os aspetos da vida dos seus residentes (...) acaba, inevitavelmente, por inibir a expressão de vontades individuais” (Guedes, 2012:13).

Guedes (2012), citando Goffman, reflete que a instituição pode despojar o indivíduo da sua imagem, do seu estatuto e dos seus papéis, enunciando o conceito de *despersonalização*.

Essa despersonalização é provocada por diversos fatores. Primeiramente, podemos distinguir fatores que se relacionam com a existência de regras e regulamentos próprios que impõem as rotinas diárias, horas de saída, de entrada e de visita, fazendo com que se assista à diminuição da autonomia de cada indivíduo e da sua própria privacidade.

Por outro lado, o tratamento estandardizado de todos os indivíduos, e até mesmo a autoridade burocratizadora que é exercida pela direção da própria instituição, potenciam problemas na identificação do idoso institucionalizado.

A própria relação estabelecida entre os indivíduos e aqueles que exercem as funções nos lares é uma relação profissional, praticada segundo objetivos e em série, e onde a gestão do tempo não lhes permite atender a necessidades concretas dos indivíduos, nem a todas as solicitações, sendo negadas certas vontades em detrimento de outros afazeres, outras responsabilidades ou horários.

Ademais, a identidade dos indivíduos é também influenciada pelo espaço físico, onde se incluem os objetos que contribuem para a demarcação do território identitário dos indivíduos. Assim, o *eu* reflete-se também nos objetos da própria instituição e nestes casos, o lar representa um novo espaço, pouco individualizador, constituído por objetos idênticos para todos os indivíduos (Giddens,1994).

Neste contexto, o indivíduo perde o seu próprio espaço, e é obrigado a dividir com um conjunto alargado de pessoas, sem poder escolher onde dormir, com quem dormir, ou onde comer, sem poder evitar os momentos em que é suposto socializar. Para além disso, as instituições de lar são caracterizadas, normalmente, pela fragmentação do espaço, de modo a otimizá-lo, a facilitar a vigilância e as atividades do próprio lar.

Assim, a forma idêntica de tratamento com que se cuida de cada indivíduo, as regras e os horários rígidos fixados pela instituição poderão constituir o que Goffman (1993) denomina de *mortificação* daquilo que representa o *eu* de cada indivíduo.

A mortificação do *eu* é então potenciada pelo isolamento do indivíduo no espaço que é coletivo, pelo despojamento dos objetos que cada um deixou de ter, pela degradação da imagem que tem de si próprio, o que, em particular, se poderá verificar no período da velhice, mas também, e particularmente, na institucionalização (Guedes, 2012).

No entanto, por outro lado, Guedes (2012), com base num estudo de observação que desenvolveu numa instituição em concreto, com o objetivo de verificar o processo de mortificação do *eu* no espaço institucional, chegou à conclusão de que mais do que um processo de mortificação do *eu*, se verificava um processo de *desculturação*, que se revelava pela diminuição de capacidades dos idosos, agravado pelo processo de envelhecimento, que dificultava a sociabilização dos indivíduos, a possibilidade de assimilarem as transformações e a incapacidade para manifestarem a sua própria expressividade.

Considerando que, “a identidade de um indivíduo corresponde ao que ele tem de mais precioso, a perda dessa identidade causará sentimentos de alienação, angústia, sofrimento” (Guedes, 2012:50), pelo que, a instituição (lar) deve procurar medidas que diminuam o impacto negativo que o processo de institucionalização provoca na identidade dos indivíduos e contribuir para uma natural construção/manutenção dessas identidades.

## **V - Estudo de caso**

### **V. I - Enquadramento do estudo**

Após reconhecer o fenómeno de envelhecimento, desconstruir o conceito de identidade e identificar os seus principais desafios e as medidas para ultrapassar os problemas que nesta fase podem surgir, como são os lares de idosos, cumpre enquadrar os conceitos teóricos supra abordados no objeto prático do presente estudo, que propõe responder quais os impactes da institucionalização na identidade da população idosa e no seu bem estar, a partir da realidade de duas instituições localizadas nos Açores.

Em 2017, na Região açoriana, existiam cerca de 34 estruturas residenciais para acolhimento de pessoas idosas, presentes em todas as ilhas, designadamente, 2 em Santa Maria, 11 em São Miguel, 8 na Terceira, 2 em São Jorge, 4 no Pico, 1 no Faial, 2 na Graciosa e também 2 nas Flores e 1 no Corvo.

Em São Miguel registamos 11 estruturas residenciais para idosos que possibilitam residência temporária ou permanente no espaço comum e a prestação de cuidados de enfermagem, designadamente:

- i) Lar Bom Jesus da Pedra da Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo;
- ii) Lar de idosos Bom Jesus da Casa do Povo de Rabo de Peixe;
- iii) Lar de Santo António da Santa Casa da Misericórdia de Santo António da Lagoa;
- iv) Lar Augusto César Ferreira Cabido;
- v) Lar da Levada da Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada;
- vi) Lar Luís Soares de Sousa;
- vii) Lar Manuel D' Almeida Moniz;
- viii) Residência Segura - Promoção e Gestão de habitação assistida, S.A.;
- ix) Santa Casa da Misericórdia do Divino Espírito Santo da Maia;
- x) Santa Casa da Misericórdia de Nordeste;
- xi) Santa Casa da Misericórdia da Povoação.

Para o presente estudo foram selecionados, aleatoriamente, dois lares de idosos (“Residência Segura – Promoção e Gestão de Habitação Assistida, S.A.” e Lar de Idosos Bom Jesus da Casa do Povo de Rabo de Peixe), refletindo a preocupação de inquirir residências de dois concelhos distintos da ilha de São Miguel e que albergassem pessoas de níveis

socioeconómicos diferentes, procurando, desta forma, abarcar o maior número de perspetivas possíveis.

A Residência Segura - Promoção e Gestão de Habitação Assistida, S.A., é uma instituição privada sob a forma de sociedade anónima, que se dedica ao acolhimento de pessoas idosas e dependentes. O Lar de idosos Bom Jesus, é gerido pela Casa de Povo de Rabo de Peixe, IPSS<sup>59</sup>. A abordagem efetuada junto destas duas instituições irá permitir avaliar em que medida a vivência em contexto de lar, provoca impactos na qualidade de vida e na identidade dos idosos, considerando as características de cada uma destas instituições.

Para a realização do presente estudo, o acesso às instituições selecionadas foi sempre possibilitado, tendo sido muito bem acolhida e beneficiado da disponibilização de todos os meios e colaboração necessários ao estudo a desenvolver, pelo que, desde logo, apresento o meu profundo agradecimento.

Para alcançar os resultados da presente investigação, selecionei uma amostra de 5 idosos de cada um dos lares, para uma entrevista exploratória de 20 a 30 minutos, bem como foram entrevistados 2 funcionários de cada instituição. Em qualquer dos casos, as entrevistas realizaram-se em local privado da instituição, respeitando a metodologia de investigação, nomeadamente, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos nas entrevistas. Neste sentido, foi apresentado a cada um dos entrevistados um protocolo do consentimento informado, com ligeiras alterações conforme a entrevista se destinava aos idosos do lar ou aos seus funcionários, e onde, em síntese, eram enunciados os objetivos do estudo, a forma de tratamento dos dados e a importância dos mesmos para os resultados da investigação. Ademais, antes de todas as entrevistas certifiquei-me que os entrevistados tomavam conhecimento e percebiam o seu conteúdo, procedendo, posteriormente, à sua assinatura. Os modelos de consentimento informado, apresentados a cada um dos grupos entrevistados, constituem o anexo II ao presente trabalho, e foram a parecer e aprovação da Comissão de Ética da Universidade dos Açores, também em anexo III.

Nas entrevistas realizadas junto dos idosos foi estabelecido um diálogo fluente, com uma linguagem clara e acessível, que teve em conta as suas capacidades. Foram colocadas questões sobre o processo de entrada na instituição, a adaptação ao lar e a identidade patrimonial com a residência. Junto dos colaboradores, a entrevista foi mais formal, mas

---

<sup>59</sup> São de iniciativa particular, mas surgem com o propósito de solidariedade e apoio social, mediante a concessão de bens e serviços à população sem finalidade lucrativa (Conforme Guião Prático de Constituição de IPSS disponível em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao\\_ipss](http://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss), consultado em 06 de outubro de 2019.

versou, também, sobre o processo de entrada na instituição, a caracterização dos idosos que estavam institucionalizados à data, o processo de adaptação dos residentes na instituição e a opinião dos funcionários relativamente à identidade patrimonial dos idosos institucionalizados. Ambas as entrevistas foram sustentadas por um guião que constitui o anexo IV do presente estudo.

Regra geral todos os idosos mostraram bastante interesse em participar no estudo e gostaram, essencialmente, de contar as suas experiências e histórias de vida. Sempre que possível, e de forma a confirmar a veracidade das informações prestadas, também se confrontou os colaboradores das instituições sobre o que os idosos expunham, principalmente os mais velhos, de forma a garantir a credibilidade do estudo.

Como o objetivo deste estudo procura verificar em que medida a institucionalização é uma escolha para fazer face ao envelhecimento, analisando os impactes que a mesma provoca na qualidade de vida do idoso, através dos motivos pelos quais o idoso decide ir para a instituição, o seu processo de adaptação e bem-estar na vivência no lar, bem como a identificação patrimonial do idoso com o espaço onde vive, não consideramos relevante distinguir as características de cada um dos lares, diferenciando as duas instituições ou qualificando uma em detrimento da outra, mas apenas consideramos a recolha da informação como um único conjunto de dados que nos permite responder às hipóteses enunciadas.

Com esta estratégia, consideramos que as escolhas destes dois lares tornaram mais rico o presente estudo, permitindo analisar duas perspetivas, de duas instituições com características distintas, alargar a inquirição a um maior leque de idosos e colaboradores e tomar conhecimento de formas diferentes de organização da instituição.

Assim, ao longo das próximas páginas identificaremos os lares em estudos como estrutura residencial/ lar 1 e estrutura residencial/ lar 2, sem qualquer ordem ou preferência, garantindo a proteção dos dados de cada uma das instituições e dos seus residentes. Desta forma poderemos verificar diferenças na organização de cada uma das instituições, dos idosos que lá residem e concluir que uma ou outra instituição, ou que certos aspectos de cada instituição, promovem um maior bem-estar do idoso.

Também no caso dos idosos e dos funcionários, o presente trabalho procurou preservar as suas opiniões e o sigilo das suas entrevistas, pelo que, depois do tratamento das entrevistas foi atribuído uma letra a cada idoso, de A a J, sobre as quais nos referiremos ao longo dos juízos manifestados na inquirição, com recurso a excertos das opiniões que manifestaram. Do mesmo modo, os 4 colaboradores inquiridos também são identificados como

funcionários L, M, N, O, sem qualquer correlação com o seu nome próprio, em garantia da confidencialidade dos seus testemunhos.

Relativamente à população dos dois lares, e de acordo com a consulta dos dados estatísticos de cada uma das instituições, em termos de faixa etária, os idosos institucionalizados têm entre os 75 e os 95 anos de idade, maioritariamente mulheres<sup>60</sup> e apresentam, em grande maioria, debilidades físicas e psicológicas graves. Em conversa com uma das enfermeiras de uma das instituições em estudo esta referia que:

é muito difícil escolher 10 utentes no universo de 50 que não estejam psicologicamente afetados ou fisicamente muito debilitados e que os alunos estagiários de enfermagem possam diagnosticar, definir estratégia, acompanhar e ver uma evolução. A maior parte dos nossos utentes estão acamados ou quase acamados e não conseguem ter um discurso coerente.

Aliás, esta dificuldade também foi sentida aquando das entrevistas realizadas para o presente estudo, o que acabou por limitar o número de entrevistas.

Apesar disso, verifiquei que há uma grande heterogeneidade de idosos no lar. Há idosos que, apesar de, com grandes dificuldades físicas, estão conscientes, e outros que, pelo contrário, apresentam um discurso mais confuso. Há também idosos autónomos, com capacidade para se vestir, realizar a sua higiene pessoal e alimentar-se.

Um dos critérios mais distintivos da realidade de cada um dos lares em estudo diz respeito ao carácter socioeconómico dos idosos e ao nível de instrução, conforme verifiquei pela consulta de processos de cada idoso em cada instituição. No caso do lar 1 encontramos, maioritariamente idosos de classe económica média alta, enquanto que no lar 2 a maioria dos residentes insere-se numa classe média baixa, com baixos níveis de instrução. No entanto, em cada um dos lares verificam-se bastantes diferenças, de condição social e económica entre cada idoso, resultantes do percurso de vida de cada um dos residentes e que justificam também a distinção relativa à diferença na contribuição mensal que cada idoso paga para residir na instituição.

Ao longo deste trabalho pude observar, em contexto institucional, os comportamentos dos residentes, as suas atividades, a interação com os profissionais e a gestão e organização, principalmente no refeitório e nas salas de convívio. Em ambos os lares tive acesso a todos

---

<sup>60</sup> O que se pode explicar pela tendência da maior esperança média de vida das mulheres do que nos homens. Na região Açores, no ano de 2017, e segundo dados do “Pordata”, a esperança média de vida para as mulheres foi de 81,3 anos e para os homens de 74,3 anos.

os seus espaços, conhecendo, inclusive, o quarto de alguns residentes, com a sua devida autorização.

Em particular, nas próximas páginas procurarei incutir no presente estudo, dados empíricos sobre os conteúdos teóricos já abordados nos capítulos precedentes, referindo os cuidados prestados nestas estruturas residenciais, a motivação pelo qual os idosos entraram no lar, o processo de admissão, o processo de adaptação e a identificação patrimonial do idoso na estrutura em que reside, pretendendo responder às seguintes hipóteses:

- vi) Os motivos da entrada na instituição poderão dificultar ou facilitar o bem-estar do idoso na instituição?
- vii) A entrada na instituição é facilitada quanto maior for a autonomia ou dependência do idoso?
- viii) O bem-estar do idoso na instituição é influenciado pela relação com os seus familiares?
- ix) A institucionalização afeta negativamente a identidade do idoso?
- x) O bem-estar do idoso diminui com a entrada na instituição?

## **V. II - Realidade dos lares em estudo**

### **V. II. I - Os cuidados prestados nas estruturas residenciais**

Os lares são respostas sociais que permitem satisfazer um conjunto de necessidades da população mais idosa, em geral com 65 anos de idade ou mais, e destinam-se ao acolhimento residencial de idosos, em regime temporário ou permanente. Nestas estruturas, são desenvolvidas diversas atividades sociais e prestados serviços de alimentação, cuidados de higiene e de enfermagem.

Nos dois lares em estudo podemos verificar que são garantidos serviços em termos da alimentação, da prestação de cuidados de higiene, particularmente aos idosos que não são capazes de os realizar sozinhos, bem como cuidados de enfermagem, quando necessários.

A instituição 2 possui espaço para 44 idosos e o lar 1 para 52 residentes, em quartos individuais, duplos ou triplos, instalações sanitárias e espaços comuns para atividades sociais, como sala de convívio, refeitório e jardim, para além das áreas técnicas, destinadas à confeção dos alimentos, tratamento das roupas e serviços administrativos.

Os quartos são maioritariamente duplos, mas nos dois lares também há a possibilidade de quartos individuais, sendo que todos os quartos têm casa de banho privada, televisão e guarda-fato. Nos espaços comuns há também uma casa de banho de apoio e televisão. Além disso, pude verificar que, na maioria, as camas de ambas as instituições são idênticas às dos hospitais.

Para além dos assistentes do lar, dos técnicos auxiliares e rececionistas, os dois lares têm também outros colaboradores, nomeadamente da área de saúde, enfermeiros que são responsáveis pela administração da medicação, rastreios, acompanhamento de patologias crónicas como diabetes, hipertensão, entre outras. No lar 1 existe mais do que um enfermeiro, organizando-se por turnos para que a instituição possa ter um enfermeiro ao cuidado dos idosos desde as 7:00 horas até à 00:00 horas. No lar 2 existe apenas um enfermeiro que faz 8 horas de trabalho, das 8:00 horas às 16:00 horas. Daí se conclui que, em ambos os lares, não há qualquer profissional de saúde no horário noturno, ficando os cuidados a este nível assegurados pelos assistentes operacionais. Ambas as instituições estão preparadas com uma sala de enfermagem e com materiais de enfermagem para prestar cuidados primários.

No lar 1 há, também, 3 psicólogos e um médico de medicina geral que periodicamente, duas vezes por semana, se desloca à estrutura residencial para consultar os idosos que lá residem, analisar a evolução dos seus quadros clínicos e encaminhar determinados problemas para outros médicos de patologias mais específicas.

Além do mais, quer o lar 1 como o lar 2, têm a tempo parcial colaboradores de fisioterapia para o cuidado dos utentes e que vão realizando exercícios de mobilidade com os idosos.

No lar 2 está também presente, a tempo integral, uma assistente social que se ocupa em colaborar com as famílias nas prestações sociais a que os utentes possam ter direito, e que, assinala casos de fragilidade económica, bem como é responsável pelo acolhimento dos idosos que, por não terem recursos económicos suficientes, estão isentos do pagamento da mensalidade, como veremos melhor adiante.

Fora estes profissionais, a instituição 1 oferece um animador musical duas vezes por semana que, com o seu piano e uma folha de cânticos distribuída por cada idoso, entoa músicas tradicionais durante cerca de uma a duas horas por semana. Quanto a esta atividade, quatro dos cinco idosos entrevistados no lar 1 manifestaram gostar muito da visita do músico ao lar, porque “Quem canta seus males espanta”, dizia repetidamente a entrevistada B, quando lhe questionava sobre a atividade proposta. Como veremos adiante, o lar 1 tem um horário de visitas muito alargado, pelo que, acontece que o músico visita a instituição também em

horário de visita dos familiares aos idosos e percebia-se o agrado dos familiares e dos idosos em estarem juntos a cantarolar as mesmas músicas.

Em ambas as instituições há diferentes atividades plásticas. No caso do lar 2 há assistentes operacionais com formação em animação sociocultural que, para além das tarefas de cuidado aos idosos, como dar banho, vestir, pentear, entre outras, incentivam os idosos a pintar, costurar ou a realizar trabalhos manuais para comemorar e decorar o espaço em determinadas festividades como o Natal ou outros dias festivos. No lar 2 assisti a algumas idosas elaborarem uma taça com materiais recicláveis para oferecer aos idosos que eram pais no dia do Pai. Neste lar há também um espaço de costura, com uma máquina de costura que as residentes utilizam para fazer almofadas para a sala, presentes para os seus familiares, e se reúnem para fazer outro tipo de trabalhos de costura. Também, pude verificar um plano de atividades lúdico-recreativas para serem efetuadas com os idosos com capacidade para tal.

No lar 1 a animação é também assegurada pelas assistentes operacionais que procuram conversar com os idosos, por exemplo ao darem um livro para ler, ou incentivando que ajudem na horta<sup>61</sup>, apesar de não se assistir a um espaço/tempo dedicado aos trabalhos manuais. Recentemente estavam umas estagiárias do curso de enfermagem que acompanhavam diversas atitudes lúdicas e recreativas de acordo com as capacidades de cada idoso, nomeadamente, de leitura, jogar às cartas, exercício de cálculo e escrita.

O lar 2 conta também com pessoas inseridas em grupos católicos ou simplesmente voluntários, que não estão diretamente ligadas por qualquer laço com um idoso em particular, mas que se deslocam à instituição para conversar com cada um dos idosos que estão dispostos para tal<sup>62</sup>, dar atenção e saber como correu a semana.

No lar 2 também é disponibilizado um espaço de estética, onde se desloca duas vezes por semana uma profissional para cortar o cabelo ou arranjar as unhas dos residentes, gratuitamente. Já o lar 1 oferece um espaço para ginásio, com uma passadeira, uma bicicleta

---

<sup>61</sup> No lar 1 existe uma pequena horta, com diversas plantas decorativas, e que ficam a cargo de alguns idosos, que se ocupam de cuidar delas diariamente.

<sup>62</sup> Em ambas as Instituições pude verificar que há idosos que, principalmente por patologias como demência ou alzheimer, não querem, nem têm interesse em dialogar e quaisquer atividades que lhes sejam propostas não beneficiam de qualquer resposta. Nestes casos, o idoso deixa de ter a capacidade de socializar. A demência, incluiu um grupo de doenças que se caracterizam pela perda progressiva das capacidades da pessoa, afetando a sua capacidade intelectual, competências sociais e reações emocionais. Em Portugal, no ano de 2014, registava-se cerca de 182 000 pessoas com alzheimer, de acordo com os dados indicados pela Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos doentes de alzheimer, consultado <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>, em 29 de setembro de 2019.

e outros aparelhos de pequena dimensão, mas que podem ser utilizados livremente pelos residentes. Esta sala também é utilizada pelo fisioterapeuta quando se desloca à instituição. Por último, as duas instituições em estudo reservam um espaço dedicado ao culto religioso (católico), com celebrações eucarísticas periódicas. Aliás, no lar 1 estas são asseguradas por um residente com capacidade e competência para tal.

Para além destes profissionais de saúde e animação, bem como de espaços para o efeito, ambas as instituições têm profissionais de cozinha e de limpeza/ lavanderia e respetivas zonas de serviço, porque as instituições asseguram todas as refeições dos seus idosos, bem como o tratamento das roupas dos seus residentes.

No entanto, em ambas as instituições pude verificar a carência de recursos humanos para as várias solicitações. Na instituição 2 ouvia-se várias vezes o telefone a tocar sem que existisse uma colaboradora com disponibilidade para o atender, ou por exemplo, alguns idosos precisavam de ajuda para se deslocar para a casa de banho ou para o seu quarto e precisam de aguardar que alguma assistente estivesse disponível.

A colaboradora M, enfermeira, quando entrevistada referia que a instituição tinha o número mínimo legal de profissionais de saúde admissível face ao número de idosos residentes, mas que, ainda assim, não eram suficientes. Também a funcionária O, auxiliar, referia que “o número de auxiliares é insuficiente porque desempenhamos várias tarefas, desde o lavar, ao fazer as camas, ao dar de comer, entre outras, e eles precisam de tempo, tempo para fazermos as coisas com calma, para falarmos com eles, para convivermos.” E a verdade é que pude verificar que a maioria dos residentes gostavam de ver caras diferentes, apresentavam grande vontade de falar comigo e de estabelecer um diálogo.

Assim, nos dias em que partilhei as rotinas de cada uma das instituições, verifiquei que existia uma grande proximidade entre os residentes e os colaboradores da instituição, demonstrando interesse recíproco sobre a vida e os familiares dos colaboradores, como também esses pela vida e família dos idosos residentes. Sendo que, quando questionei os idosos sobre os funcionários, todos manifestaram gostarem muito deles e sentirem-se bem. A entrevistada E, por exemplo, referia: “gosto muito de todos eles, são uns queridos. Cada um com o seu feitio, como cada um de nós tem, mas são todos muito meigos connosco.”

Nas entrevistas era bem visível a verdade dos sentimentos e o carinho mútuo sentido entre eles: “Eu gosto muito deles, gosto mesmo de verdade. E eu não estou a dizer isso porque a menina está aqui. É mesmo do fundo do coração” (Entrevistada J, 92 anos).

Em síntese, em ambas as estruturas residenciais em estudo, são oferecidos um conjunto de serviços que caracterizam este tipo de instituições como o alojamento, alimentação, serviços de saúde, higiene do idoso e da sua roupa e animação, como vimos no subcapítulo III.V.

## **V. II. II - Admissão na Instituição**

Na entrada de cada instituição há um quadro com informações sobre o processo de admissão no lar, bem como com informações gerais, indicando os custos da instituição, o regulamento interno e outras comunicações, como os horários da instituição, restrições de objetos e/ou alimentos<sup>63</sup>, as quais são também transmitidas e facultadas na admissão e permitem um processo de candidatura consciente e transparente para que o idoso e a sua família conheçam a instituição e saibam os serviços que lhe serão oferecidos.

Relativamente aos requisitos e aos procedimentos de admissão, na instituição 1, o ingresso do idoso pode ser feito mediante candidatura espontânea enviada à instituição, a qual deve ser apresentada por uma pessoa que se assume responsável pelo idoso residente, independentemente da capacidade e autonomia deste. Posteriormente, o responsável pela candidatura deverá responder a um questionário com um conjunto de questões prévias para admissão da candidatura, incluindo questões que são impostas pelo sistema de Segurança Social, e onde se pretende verificar se o idoso carece de cuidados de higiene por terceiros ou é capaz de realizá-los sozinho, capacidade para se alimentar autonomamente, problemas de saúde e locomoção. Para além disso, são recolhidas cópias dos documentos de identificação do idoso e do responsável, efetuada uma entrevista presencial ao familiar responsável, bem como solicitado um relatório médico com as capacidades do idoso e as suas patologias. Desta forma, a instituição enquadra o idoso segundo o grau de dependência do *índice de Barthel*, que enunciámos no subcapítulo II.I do presente estudo. Este diagnóstico é depois orientador para a prestação mensal a pagar pelo idoso, que será tanto maior quanto maior for o seu grau de dependência. Além do mais, o preenchimento do questionário permite avaliar se a instituição tem capacidade para satisfazer todas as necessidades do idoso que se candidata, porque, por exemplo, o lar 1 não tem possibilidade de resposta nos casos em que o idoso

---

<sup>63</sup> De acordo com o artigo 13.º da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, a estrutura residencial deve ter afixado a licença de funcionamento, a identificação da direção técnica, o horário de funcionamento das atividades e serviços, mapa semanal das ementas, preçário e tabela de comparticipação familiar, publicações de apoios financeiros pela Segurança Social e a referência à existência de livro de reclamações. No artigo 14.º se impõe que cada estrutura residencial possua um regulamento interno, devendo um exemplar do mesmo ser entregue ao residente e ao seu familiar no momento da admissão.

depende permanentemente de oxigénio. Assim, para além do Diretor da instituição, o processo de candidatura é também acompanhado por um enfermeiro, de forma a avaliar os cuidados e equipamentos médicos necessários ao novo residente.

No caso do lar 2, o processo também pode ser iniciado por candidatura espontânea do próprio idoso, não sendo necessário que, associada à candidatura, esteja um responsável pelo preenchimento de questionário de candidatura com as informações do idoso, embora fiquem com o contacto de um familiar próximo. Nesta instituição há também a possibilidade de acolher idosos sinalizados pela Segurança Social que não têm os cuidados de saúde e de higiene na sua residência, nem têm capacidade financeira para suportar o custo pelos serviços prestados na estrutura residencial e, por isso, são encaminhados pela própria Segurança Social para o lar. Assim, no lar há cerca de 2 a 3 quartos reservados para idosos nestas situações, de acordo com o que vai sendo definido por acordo entre a instituição e a Segurança Social. Aqui, para além do Diretor, o processo de candidatura é também acompanhado por uma Assistente Social que verifica as necessidades do idoso candidato, enquadrando também o novo residente segundo o *índice de Barthel*.

Assim, comparativamente, poderemos avaliar o processo de admissão nas instituições segundo o seguinte quadro:

	Lar 1	Lar 2
Existência e apresentação de Regulamento Interno	Sim	Sim
Quadro informativo	Sim	Sim
Responsabilidade pelo processo de admissão	Obrigatoriedade de associar à candidatura um responsável pelo idoso	O próprio idoso, quando independente ou pouco dependente
Pagamento	Varia consoante o <i>índice de Barthel</i>	Calculado em função dos rendimentos dos idosos Possibilidade de acolher idosos sinalizados pela Segurança Social

Acompanhamento do processo de candidatura	Diretor e Enfermeiro	Diretor e Assistente Social
---	----------------------	-----------------------------

De notar o facto de, em alguns casos, e principalmente na instituição 1, o processo de candidatura ser iniciado e ficar a cargo não do próprio idoso, mas de um responsável, normalmente, filho, neto, irmão ou irmã, que é quem presta as informações sobre o candidato e que se responsabiliza pelo pagamento da mensalidade da instituição. No caso do lar 2, a responsabilidade pelo pagamento cabe ao próprio idoso. Três dos 5 idosos entrevistados no lar 2, entrevistados E, F e H referiram ter vendido a sua casa ou determinado património para poderem ir viver para o lar. O que acontece é que o idoso, quando toma a decisão de ir viver para o lar, decide, concomitantemente, que não precisa da sua casa e utiliza o rendimento da venda, gerido por si, para ajudar nas despesas com a mensalidade do lar. Nenhum dos entrevistados referiu utilizar parte desse montante para doar à instituição, mas apenas como forma de pagamento pela residência, uma vez que os rendimentos que auferiam a título de pensão não eram suficientes para pagamento da despesa do lar. No entanto, os idosos F e H referiram ter solicitado a ajuda dos filhos para a gestão do seu dinheiro e pagamento das despesas à instituição, nomeadamente, efetuar levantamentos, pagamentos, sendo os filhos co-titulares das contas bancárias.

De qualquer forma, nos termos do 10.º artigo da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março que, como vimos, regulamenta a organização e funcionamento das estruturas residenciais, é firmado um contrato de prestação de serviços entre a instituição e o residente e/ou o familiar. De acordo com os responsáveis pela administração dos lares em estudo, a opinião foi unânime, sobre a sua ocupação. Referiram que todos os quartos da residência se encontravam preenchidos, “havendo lista de espera, ainda que não muito longa como em outras partes do país, para admissão na instituição”, de acordo com a entrevista ao superior hierárquico do lar 1. Neste aspeto, acho importante ressaltar que nesse lar havia dois quartos destinados ao “descanso do cuidador”. Como nos referimos no subcapítulo III.VI, o cuidador informal é aquela pessoa que cuida de outra pessoa dependente com quem tenha relação de proximidade, de forma voluntária e sujeitando-se a riscos de fadiga emocional e física, vendo afetada a possibilidade de gestão da sua vida pessoal em detrimento do cuidado do idoso dependente, que tem a seu cargo. Neste caso, estes quartos permitem que o cuidador, quando precisa de descansar ou não tenha a possibilidade de, por qualquer motivo pessoal, cuidar do

idoso, poder deixá-lo ao cuidado da instituição durante certo período de tempo. Contudo, nesta instituição, os quartos destinados ao descanso do cuidador foram ocupados por residentes permanentes, em virtude das diversas solicitações que o lar recebia para alojamento de idosos. Do mesmo modo, no lar 2 há dois quartos de repouso, destinados aos idosos que utilizam a estrutura residencial como Centro de Dia<sup>64</sup> para, querendo, durante a tarde poderem descansar nestes quartos. Contudo, também estes já foram ocupados por idosos residentes.

Quanto a esta problemática, um dos colaboradores entrevistados, entrevistado M, referia que:

muitas vezes, infelizmente, os nossos idosos falecem num dia e no outro já está outro idoso. Assim que o idoso sai, às vezes nem podemos dar tempo às famílias de virem buscar os objetos dos seus familiares e colocamos os seus pertences em sacos para depois entregá-los à família, porque precisamos do quarto vago para outro idoso que, agora, precisa mais de nós.

Quanto ao tempo para serem admitidos na instituição, duas das entrevistadas referiram não ter estado à espera de vaga por muito tempo. “Eu vi vários (lares) antes de vir para aqui, mas não levei muito tempo e fui aceite. Foi menos de 1 ano, tive sorte, porque sei que há pessoas que levam mais tempo” (Entrevistada H, 76 anos).

### **V. II. III - Processo de Adaptação**

A adaptação é vista de diferentes perspetivas pelos colaboradores da instituição, por cada um dos idosos e pelos idosos entre si.

Segundo a colaboradora M do lar 1 a primeira semana é a mais complicada, independentemente do motivo que os trouxe. Muitas vezes, temos de aumentar a administração da medicação direcionada para os acalmar. No entanto, o motivo pelo qual os utentes estão institucionalizados influencia o processo de adaptação e de aceitação da nova realidade.

---

<sup>64</sup> Espaço onde se desenvolve atividades sócio recreativas e culturais durante o dia, para a promoção das relações interpessoais dos idosos e combate ao isolamento – Conforme “Guia de Recursos de Pessoas Idosas” do Instituto da Segurança Social, disponível em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/01EC6ABD-82CA-4EF8-A981-E48C63E17332/0/GuiadeRecursosEquipamentoseServi%C3%A7osparaPessoasIdosas.pdf>, consultada em 19 de outubro 2019.

A entrada para a instituição decorre de vários motivos, apontados pelos colaboradores da instituição e também pelos próprios idosos, motivos que melhor enunciámos no subcapítulo II.VI e que infra apreciaremos nos lares em estudo.

No lar 1, das 5 entrevistas efetuadas, 3 dos entrevistados entraram para a instituição devido a problemas de saúde que os impossibilitavam de serem autónomos nas tarefas, principalmente, de higiene pessoal, locomoção e de alimentação. Como no lar 1 os idosos são institucionalizados tendo por base uma candidatura por uma pessoa que se responsabiliza pelo idoso acontece que o próprio idoso pode nem manifestar a sua vontade de ir para a instituição. Destes 3 idosos que foram para a instituição 1, devido a problemas de saúde e por terem deixado de ser autónomos, a entrevistada B, 86 anos, não manifestou vontade ou discordância em ir para a instituição. Esta entrevistada foi hospitalizada e quando saiu do hospital, como a família não teria possibilidade para fazer-lhe a comida e ajudar no banho decidiram inscrevê-la na instituição. A entrevistada B referiu que “foi um choque quando me apercebi que vinha para o lar e não foi fácil aceitar o que os meus filhos me fizeram, foi difícil a adaptação”. Felizmente a entrevistada B conseguiu recuperar na instituição e hoje é quase totalmente independente. Quando a questioneei porque não regressaria a casa disse: “eu agora já estou habituada, já me acostumei com as pessoas daqui e com as coisas daqui e se os meus filhos quiseram assim, aqui é que vou estar”. De resto este sentimento de costume e de resiliência à vida é comum em todos os idosos entrevistados relativamente ao processo de adaptação que, mais ou menos conturbado, acabam sempre por aceitar, mais tarde ou mais cedo.

Já a entrevistada A, uma das 5 idosas inquiridos na instituição 1, referiu que a decisão de entrada para o lar foi tomada pela consciência das suas limitações, uma vez que tinha um estado de saúde débil, os seus familiares estavam sobrecarregados com os cuidados, pelo que, decidiram (a idosa conjuntamente com a família) que a melhor solução seria a institucionalização.

Já a entrevistada D, 81 anos, apontava como principal motivo o facto de se sentir muito sozinha:

não tive filhos e a minha única irmã faleceu o ano passado. Os meus sobrinhos deram-me a ideia de eu vir para o lar para estar mais acompanhada e também ter alguém para me ajudar em algumas tarefas, porque já ficava muito cansada, apesar de ter uma moça que me ajuda alguns dias na semana nas tarefas domésticas.

Nestes casos, entrevistadas A, C e D, participaram na decisão pela institucionalização ou tomaram, elas próprias, a decisão equacionando que a institucionalização seria uma boa

forma de colmatar as suas necessidades físicas, de saúde e também sociais e tiveram a possibilidade de escolher o lar que mais se identificavam. Contudo, quando questionadas sobre se foi difícil a adaptação, referiram estranhar as suas coisas, a sua casa, mas que, sempre que podem voltam lá.

Na situação da entrevistada E esta é totalmente autónoma, capaz de tratar da sua higiene pessoal, de cozinhar e de realizar tarefas domésticas. Porém, deixou de ter a capacidade de cuidar do marido a quem foi diagnosticado alzheimer em estado avançado. Com a perda das capacidades do marido, a esposa cuidadora, idosa, não conseguia prestar, principalmente, os cuidados de higiene ao marido, e decidiu institucionalizá-lo. Mas, “o meu marido sofreu muito com a entrada para o lar, ficou muito transtornado com a mudança de espaço e de pessoas e o seu estado de saúde agravou-se. Mas quando eu vinha vê-lo ele acalmava-se. Até que eu decidi vir para cá também”. Neste caso, a entrevistada E tinha a perfeita consciência da mudança e dos motivos pela institucionalização, configurando o lar como a melhor solução para si, uma vez que lhe permitia estar junto do marido e ter a certeza de que este recebia os cuidados de saúde e de higiene que precisava. Quando questionada sobre se gostava de estar no lar esta afirmava, com certeza, que ambos se sentem bem. Além do mais, esta referia gostar dos restantes residentes e das atividades proporcionadas pelo lar, já que, com muita pena o marido não tinha capacidade para aproveitar e lhe acompanhar, em virtude da doença que lhe retirou as capacidades de socialização.

Já na instituição 2 também verifiquei a existência de um casal a viver junto no lar, e que tive o prazer de os entrevistar. Neste caso, os entrevistados F e G, 90 e 91 anos, foram para a instituição para estar mais perto do filho. Viviam afastados e viam o único filho duas a três vezes por ano. Ainda eram capazes de cozinhar, tratar da sua higiene pessoal e fazer as tarefas diárias, apesar de cada vez com maior dificuldade, principalmente no que respeitava às tarefas domésticas. Assim, decidiram, ir viver para um Lar onde pudessem ter mais apoio nas atividades domésticas e que ficasse próximo da zona de residência e de trabalho do seu filho. O mesmo aconteceu com a entrevistada H, 74 anos, que residia numa ilha distinta daquela em que os filhos residiam e sentia-se muito sozinha. Como não queria dar trabalho aos seus filhos optou por viver no lar, sendo a sua visão do lar muito positiva, manifestou que gosta de estar ali, que vê o seu filho todos os dias e a sua filha todas as semanas e que se sente bem tratada e acompanhada pelos outros idosos. “Os meus filhos vieram para São Miguel e eu vim. Uma mãe galinha vem sempre atrás dos seus filhos. Eles têm as suas vidas cá e eu vendi a minha casa e vim para aqui e estou muito feliz”.

Estes 3 idosos foram aqueles que entrevistei e que venderam as suas casas, porque agora tinham uma nova residência e porque os rendimentos dos imóveis lhes possibilitavam fazer face às suas despesas sem grandes preocupações. Nas palavras da entrevistada H:

custou sair da minha casa e vir para aqui, custou. Chorei muito no dia em que deixei a minha casa, mas era uma coisa que eu já queria há muito tempo porque eu estava lá sozinha. É o ciclo próprio da vida. Aqui eu tenho tudo, vejo os meus filhos, tenho que comer, vestir, medicação e não me falta nada.

Noutros casos, ainda que os filhos tenham capacidade para cuidar do idoso, são os próprios idosos que manifestam vontade de residir no lar, porque, e cito “não me quero intrometer na vida dos meus filhos, eles têm a sua vida” (entrevistada "I"). Esta entrevistada era recém-chegada ao lar, tinha 92 anos de idade, e procurou esta resposta social quando deixou de ter capacidade de dormir sozinha. Segundo relatou, pouco tempo antes de viver no lar, era autónoma, fazia a sua comida, vestia-se e fazia a sua higiene pessoal, tendo apenas uma “moça” que lhe fazia as limpezas e lhe ajudava com algumas tarefas. Quando o médico lhe disse que não podia viver sozinha, começou por encontrar duas pessoas que a ajudassem em casa, uma durante o dia e outra durante a noite, mas, para além dos elevados custos que isso acarretava, era muito difícil encontrar pessoas de confiança que estivessem dispostas a cuidar dela. Acresce, que o seu filho e a sua nora, tem mais de 65 anos e também não tem capacidade para cuidar, atendendo às próprias limitações físicas, sendo que, os outros dois filhos da entrevistada tinham emigrado há alguns anos. Assim, a entrevistada "I", ao tomar consciência das suas limitações, achou melhor ir para um lar, já que não era possível ter duas pessoas a cuidar de si e uma vez que seria uma sobrecarga para os filhos. Nas suas palavras “o lar é uma boa alternativa que permite ter cuidados de saúde e cuidados médicos. O lar é muitas vezes o meu segundo hospital” (Entrevistada "I", 92 anos). Neste caso a própria entrevistada, apesar de ter muitas dificuldades de locomoção, também foi parte na escolha do lar referindo que “eu primeiro fui a um outro lar, mas não gostei nada. Credo, era muito triste. Mas assim que entrei aqui senti-me bem e quis ficar”. Neste aspeto, creio que é importante ressaltar que a escolha do lar demonstra também, para estes idosos, um traço identitário, havendo lares que uns idosos se identificam mais do que outros, sendo a integração num lar, onde se identificam e que escolheram, sem dúvida, mais facilitada.

Contudo, já para a entrevistada J, de 74 anos, a entrada na instituição foi marcada pela dura decisão de ir para o lar. Esta tinha muitas dificuldades de locomoção associadas a alguns problemas de saúde, mas ia fazendo as suas tarefas com o apoio de uma empregada doméstica e do seu marido até que este ficou cego. A família da entrevistada não conseguiu

dar resposta às duas incapacidades e não lograram ninguém que tivesse a capacidade para prestar os cuidados de enfermagem que a entrevistada J necessitava, pelo que, decidiram que a institucionalização seria a melhor solução para facultar os cuidados de saúde que a entrevistada precisava, pelo menos até recuperar (como referia a Entrevistada J na esperança de um dia melhorar e voltar para casa). Esta entrevistada manifestava particulares dificuldades de aceitação dessa decisão:

Tenho tantas saudades da minha casa, da minha vida, do meu marido e das minhas netas. Custa-me muito estar aqui. Há dias que nem me quero levantar. Mas os meus filhos não conseguiam tratar de mim...e o meu marido assim...pode ser que aqui eu melhore.

Em conclusão, poderemos verificar que dos 10 entrevistados, um apenas não participou na decisão de ir para o Lar, sendo facilitada a adaptação na instituição quando parte da escolha consciente de cada idoso. “Quem vai da sua livre vontade para a instituição passa bem, mas quem vai contra a sua vontade a adaptação é muito feia” (Colaboradora N, 34 anos).

Como motivos para a entrada na instituição poderemos verificar que a maioria, 5 dos 10 entrevistados apontam a perda de capacidades físicas, 1 aponta o isolamento como outro dos fatores e 3 relevam que o mote para a institucionalização foi para possibilitar a proximidade com familiares o que, por si só, também é um fator de combate ao isolamento. Assim, a instituição visa combater o isolamento pela perda de algum familiar e permite manter o contacto com os familiares sem os sobrecarregar e garantir a adequada resposta às necessidades de vida diárias, bem como fazer novas amizades. Por exemplo, a entrevistada E, 81 anos, referia que “ao princípio não conhecia ninguém, mas agora já tenho as minhas amigas aqui no Lar e gosto muito delas”.

Já a entrevistada H, 74 anos, “às vezes tem umas senhoras que pronto...fecha-se os olhos e os ouvidos, mas em todo o lado há pessoas boas e menos boas. Mas fora isso gosto muito de estar aqui”.

Por último, há também que referir o aspeto particular da idosa que decide ir viver para o lar com o marido, refletindo uma resposta da instituição como uma verdadeira casa, onde estão garantidos os cuidados de saúde, alimentação e vestuário.

Dos 10 entrevistados, todos, com exceção de duas entrevistadas, manifestaram estar integrados e gostavam de viver na instituição, não escolhendo outro lugar para residir. Estes transmitiram que o lar melhorou as suas condições de vida, porque precisavam de determinados cuidados que não conseguiam em casa, ou porque se sentem mais acompanhados.

Contudo, não facilita a integração no lar quando, no caso da entrevistada B, não participou na decisão da sua institucionalização, ou no caso da entrevistada H, que viu o seu marido, apesar de cego, residir em casa e ela a viver na instituição, sempre cultivando a esperança de um dia voltar a casa.

A entrevistada B, 86 anos, referia que “os filhos despejam os pais para aqui, ai não? Eu fiquei com os meus, com o meu pai e com a minha mãe, mais a minha irmã. Eu fazia aquilo, cuidava deles e fazia isso porque gostava deles”.

Acresce que, foi possível concluir que o modo como é aceite a entrada na instituição influencia a forma de estar e de interagir com os outros. No conjunto dos idosos entrevistados, duas entrevistadas apresentavam dificuldades de convivência em grupo, estabelecendo algumas relações de amizade com um ou outro idoso, mas sem participarem nas atividades do coletivo.

O colaborador M referiu que, apesar de os idosos virem conscientes e de livre vontade para o lar, são bastante importantes, no processo de adaptação, as visitas dos familiares e amigos, de forma a que não se sintam esquecidos pelas pessoas com quem partilharam a vida, conforme nos ocuparemos no subcapítulo seguinte.

#### **V. II. IV - O contacto com a família e com a vida anterior à institucionalização**

Ambas as instituições em estudo possibilitam que os familiares e amigos visitem os seus residentes, mediante a fixação de um horário que se encontra num placard na entrada da instituição, informação que é dada aos familiares e idosos aquando do processo de inscrição. No caso do lar 1 é um horário bastante alargado, das 11:00 horas às 20:00 horas e no caso do lar 2 das 14:00 às 18:00 horas. No entanto, em ambas as estruturas residenciais, os colaboradores M e N referiram flexibilidade no que toca aos horários a pedido do idoso ou das famílias em circunstâncias particulares como o dia de aniversário, o Natal ou estado de doença do idoso.

Nesses momentos, espera-se que apareçam os vizinhos, familiares e/ou amigos com quem o idoso convivia antes de ir para a instituição. São momentos que contrariam o sentimento de abandono e ajudam a ver o lar como a resposta adequada à melhor satisfação das necessidades do idoso. Regra geral, os idosos revelam grande ansiedade antes da hora da visita, quando esperam encontrar-se com membros da família e manifestam uma enorme desilusão quando não encontram os familiares no horário habitual ou como combinado, como referiu a colaboradora O, de um dos lares.

O processo de adaptação torna-se particularmente difícil quando a residência anterior está localizada longe da instituição, o que implica que familiares, amigos e vizinhos continuem a residir nesse local, dificultando o contacto direto com os idosos institucionalizados. No grupo de idosos inquiridos todos recebiam regularmente a visita dos seus familiares, embora uns com mais frequência do que outros e por maior ou menor número de familiares ou amigos. Na amostra em análise a instituição não representa o total abandono e despreocupação dos familiares. Inclusive, pude observar que os filhos estimulavam muitas vezes certos comportamentos nos pais ou proporcionavam que os pais em certos dias saíssem do lar, fossem a casa, dessem um passeio, entre outras atividades. A entrevistada H recordou a prenda de aniversário que o seu filho lhe tinha dado de irem os dois a Leiria, ao Santuário de Nossa Senhora de Fátima, ou a entrevistada I, que com 92 anos foi passar o fim de semana a casa do filho que fazia anos. Já a entrevistada J tinha a modista marcada pela filha que lhe queria oferecer um vestido para a festa da Páscoa. Assim, todos os familiares ou vizinhos dos entrevistados revelavam essa preocupação com o bem-estar dos residentes.

Apesar da amostra não identificar qualquer idoso completamente abandonado pela família ou amigos, conforme o testemunho da colaboradora M “a institucionalização torna-se mais difícil se os familiares não visitam com frequência, fazendo com que os idosos se sintam abandonados e se isolem cada vez mais, que nem conosco querem falar”.

Apesar disso, uma das entrevistadas manifestava algum pesar de não poder estar a tempo inteiro com os seus familiares:

chega a essa hora e eu fico triste porque estou quase a ir me deitar e eu amanhã levanto-me, não vejo ninguém que goste de mim e tenho que esperar que eles venham ter comigo. Eles vêm aqui, mas não é a mesma coisa (Entrevistada B, 86 anos).

Ao longo das entrevistas, consegui verificar a importância da visita dos familiares e conhecidos em todos os idosos. Por exemplo, a entrevistada I, de 74 anos, aguardava que a sua filha lhe viesse buscar. Ao longo da entrevista, sempre que oportuno, falava que aguardava a sua filha, o que estava programado, e demonstrava uma grande ansiedade. Nesse entretanto, uma das colaboradoras dirigiu-se a nós informando que a filha estava ao telefone e que, por estar mau tempo já não a podia ir buscar e foi demais evidente a desilusão manifestada pela entrevistada.

A idosa E é a única que não tem companheiro, filhos e inclusive a irmã já tinha falecido, sendo os seus únicos familiares os seus sobrinhos. No caso desta idosa, recebe semanalmente a visita de uma sobrinha e de vizinhos com quem se dava bem. Para esta entrevistada o lar

revelava-se também uma forma de maior convívio, porque permite falar com os outros idosos e com os familiares dos idosos, uma vez que já não tinha família.

Ainda assim, esta situação é distinta de ter família e esta não ter a preocupação de visitar e continuar a acompanhar a vida do idoso institucionalizado. No entanto, nenhum dos entrevistados encontrava-se nessa situação.

## **V. II. V - Identidade dos idosos institucionalizados**

A identidade, que corresponde à reflexão da própria pessoa e às suas próprias opções, vai sendo permanentemente construída e pode ser analisada por diferentes perspetivas.

A identidade espacial, que respeita à pertença do espaço como seu e à liberdade de nele poder estar é um aspeto particularmente importante nas instituições.

Por si só, o procedimento de admissão no lar e o conhecimento do conjunto de imposições organizativas da instituição constituem um momento de choque, que afeta a identidade de cada idoso, na medida em que representam uma limitação do seu quotidiano. Até essa data, cada um podia, livremente, ser possuidor dos seus bens e geri-los como bem desejava, comer o que pretendia e articular as suas rotinas como entendia. Assim, o momento da admissão representa um primeiro impacto, muitas vezes com reflexos importantes no processo de adaptação do idoso.

Como já enunciámos, os lares, como instituições totalitárias, estão organizadas segundo um conjunto de regras pré-estabelecidas que se sobrepõem à vontade individual. Todos os espaços na instituição estão muito bem definidos, havendo regras estabelecidas sobre os locais onde podem estar os idosos, onde podem dormir, conviver, comer e receber visitas. Por exemplo, aquando da entrevista à idosa J fomos para um espaço mais reservado na secretaria da instituição, no entanto, o início da entrevista foi marcado pela preocupação da entrevistada sobre se estávamos autorizadas a estar naquele espaço, dizendo: “eu não sei se podemos estar aqui”.

Principalmente na instituição 2 observei que todos os espaços estavam muito bem identificados e quais as atividades que se podiam desenvolver em cada um desses espaços. Já na instituição 1 verifiquei uma maior flexibilidade dos idosos para ocuparem qualquer lugar da instituição, sem que ninguém lhes indicasse se poderiam estar ou não ali. Na instituição 1 observei idosos nos quartos, no hall de entrada, nos corredores ou em qualquer lugar, a qualquer hora, sem que lhes fossem restringidos certos acessos, independentemente das tarefas, podendo livremente escolher onde, como e quando.

Atendendo à identidade de cada idoso, há alguns idosos que se mostram mais expressivos, sorridentes e há outros idosos que não esboçaram qualquer sorriso e que estavam indisponíveis para qualquer aproximação de terceiros, chegando mesmo a preferir o isolamento à partilha dos espaços comuns da instituição. Os espaços comuns são mais barulhentos e evitados por alguns residentes. Assim, na instituição 1 há espaços de convívio de menor dimensão, com capacidade para 4 ou 5 pessoas que permitem que os idosos não estejam no seu quarto ou no espaço de grande convívio (onde estão cerca de 20 idosos e alguns familiares), mas estejam em local mais silencioso e sem estarem isolados.

Concomitantemente, a identidade temporal também é um fator importante a ter em conta. Na instituição 1 os idosos têm um período alargado de almoço, entre as 12:00 horas e as 15:00 horas, podendo optar por almoçar quando tiverem fome, quando o refeitório estiver mais vazio, com os seus amigos e até quando os seus familiares forem visitar. Aliás, perto das 14:00 horas verificava-se que os idosos, que passavam menos tempo nos espaços comuns, iam almoçar a essa hora, quando a maior parte dos outros residentes já tinha almoçado.

Já no lar 2 os horários são muito rígidos, porque pude observar as funcionárias da instituição a transportar todos os idosos para a sala de refeições às 11:30 horas. Às 11:45 horas estavam todos à mesa, nos mesmos lugares de sempre, aguardando que o almoço fosse servido às 12:00, independentemente do seu apetite e da sua vontade de comer com os restantes idosos. E o mesmo se repetia ao jantar. No decurso da refeição ouvia-se uma das colaboradoras dizer: *“comam tudo porque depois não há mais.”*

Outro aspeto interessante é o facto de na instituição 1, uma vez que o horário das visitas se inicia às 11:00 horas, os próprios familiares poderem almoçar conjuntamente com os seus familiares e, inclusive, adquirir uma senha e comer a mesma comida dos idosos residentes. Nesta instituição existe também uma máquina de café e de snacks onde, a qualquer hora, os idosos podem obter produtos de cafetaria e lanche.

Além do mais, há um conjunto de outras regras que também limitam a autonomia dos idosos. Por exemplo, na instituição 2 está estabelecido que os idosos só poderão utilizar o telefone da instituição uma vez por dia, os familiares não podem levar alimentos para os residentes sem a autorização da administração do lar e as visitas devem assinar o documento de registo de entradas e saídas da instituição.

Para além disso, uma vez que os quartos são maioritariamente duplos com pessoas normalmente desconhecidas, isso faz com que a vontade dos idosos também seja inibida em

virtude do colega do quarto: “eu não vejo televisão no quarto. Tenho medo de incomodar as colegas” (Entrevistada B, 86 anos).

Acresce que, a própria rotina e os hábitos são também importantes para a proporção de bem-estar do idoso na instituição. Quanto à ocupação e hábitos na instituição pude verificar que há alguns hábitos que se mantêm apesar da entrada na instituição. Duas das entrevistadas mantem os mesmos hábitos, que tinham antes da entrada para a instituição e que fazem questão de manter, uma vez que são rotinas que estão associadas a coisas boas. A entrevistada H, 74 anos, costuma durante a tarde fazer embrulhos para o seu filho que tem uma loja de artesanato. Nas suas palavras é um grande sentimento de utilidade ao colaborar no trabalho para o filho. Também a entrevistada J referia que continuava a escrever os bilhetes para os seus filhos e netos que viviam fora do país.

No entanto, noutras entrevistas, pude verificar, especialmente em relação à entrada para a instituição, que esta teria contribuído para a perda de hábitos e da própria identidade.

Quando entrei para o lar fez com que eu perdesse a vontade de me pintar (referindo-se a maquilhar-se), algo que eu gostava muito de fazer antes de entrar para o lar. O meu filho até me diz: mãe, pinte-se, ponha-se bonita, quero ver-lhe bem-disposta. Mas eu já não tenho vontade, Entrevistada J, 74 anos.

Por outro lado, também é possível que a institucionalização contribua para a construção de uma outra identidade. O entrevistado C, 93 anos referia que:

eu acabei por me acomodar aqui. Leio o meu jornal, mesmo que não seja de hoje, e entretenho-me aqui um bocadinho. À noite tenho a televisão no meu quarto para onde vou quando saio do convívio daqui da sala até adormecer. Já tenho 93 anos e tenho consciência das minhas capacidades, estou bem mentalmente, consigo compreender a situação em que me encontro, por isso o meu dever é estar bem disposto e sentir-me bem em estar aqui, pois não tenho nada que me falte.

Neste sentido, os idosos residentes criam novas amizades, afeiçoam-se aos restantes idosos e adaptam-se às rotinas que o lar lhes incute. Aquando das entrevistas, pude verificar que os idosos olhavam para o relógio e indicavam que estava na hora do almoço ou do lanche ou que, por exemplo, estava na hora da visita.

Porém, uma vez que a instituição abarca um conjunto de idosos, há necessidade por parte desta, que estejam definidos horários para a realização de certos serviços. Nessa medida, nem sempre os idosos conseguem tomar banho ou trocar de roupa quando querem, porque estão dependentes da ajuda dos auxiliares de lar que têm horários e tarefas pré-definidas. A este propósito, a mesma entrevistada J, 74 anos, dizia: “à noite vão lavar-me e eu não queria,

porque preferia de manhã e elas não deixam. Às vezes também quero lavar-me, mas elas dizem que só pode ser mais logo”.

Outro aspeto identitário importante diz respeito à entrada e saída da instituição. No lar 1 os idosos têm a chave do seu quarto, quando têm capacidade para tal e autorização dos seus familiares para o efeito, bem como chave da porta de saída da instituição, podendo entrar e sair do lar quando entenderem e desde que em horário de visitas. No entanto, querendo ausentar-se por período maior, também o podem, desde que informem a instituição.

Apesar disso, a colaboradora M referia que, apesar de terem livre trânsito e de poderem sair e entrar quando querem, são poucos os idosos que têm a capacidade para o fazer

Do mesmo modo, a estrutura residencial 2 permite que os seus idosos saiam do lar, por qualquer período de tempo, mediante aviso prévio, com a antecedência de 48 horas. No entanto, já não permitem que tenham a chave da instituição ou sequer do seu quarto.

Quanto ao vestuário, na instituição 1 como na instituição 2, pude observar que são as próprias auxiliares que escolhem as roupas para os residentes vestirem. No entanto, conforme a colaboradora O “há também familiares que nos pedem ou deixam separados o que os pais ou avós vão vestir no dia seguinte”, o que, por si só, também representa a perda de identidade do idoso provocada pela família, ainda que inconsciente.

Por último há que ressaltar que, quando entrevistei as colaboradoras da instituição, estas referiam-se aos idosos como utentes, como se o lar se tratasse de um hospital e como se todos os idosos sofressem de patologias. No entanto, quando as funcionárias se dirigiam aos idosos chamavam-lhes pelo seu nome próprio.

## **V. II. VI - Identificação patrimonial**

Ao longo das entrevistas, pude questionar os idosos sobre qual o património que puderam levar para a instituição e do que sentiam mais falta, a nível patrimonial.

Todos os entrevistados exprimiram um sentimento de saudade da sua casa, embora uns de uma forma mais positiva do que outros.

Assim, todos os entrevistados do lar 1, bem como os entrevistados I, H, F e G do lar 2, são capazes de afirmar terem saudades da sua casa, mas, concomitantemente manifestar que estão bem onde estão e transmitir o sentimento de saudade de uma forma saudável. Ao contrário, a entrevistada J recorda com um sentimento de pesar a sua casa, lacrimejando assim que dela se fala, refletindo, também as dificuldades em se adaptar à vida na instituição.

Porém, ainda que conscientes do lugar onde estão e afirmando estarem bem, há idosos que preferem não voltar a casa (2 entrevistadas na amostra). No lar 2, uma das entrevistadas, quando questionada sobre a frequência que iria a casa dizia: “não volto lá, fico cheia de saudades. E longe da vista, longe do coração” (Entrevistada B, 86 anos).

Os objetos também são característicos da personalidade dos indivíduos e refletem a sua identidade. “Eu gosto muito de estar aqui, mas custa muito estar longe das minhas coisinhas” (Entrevistada E, 81 anos).

Neste aspeto, observei que, apesar de os residentes não saírem da instituição, quando saem do quarto as senhoras levam, regra geral, as suas malas para os espaços comuns da instituição. Das 7 entrevistadas, pelo menos 6 tinham ao pé de si a sua mala com o telemóvel e a sua carteira.

Também, por exemplo, o casal F e G, apesar de terem vendido a sua casa para irem residir para o lar demonstram apego a alguns bens materiais em particular. “Vendi as máquinas, os tratores, a casa, mas as minhas terras não vendo” (Entrevistado F, de 91 anos), como se tivesse capacidade para as continuar a cultivar ou continuassem suas para sempre. Relativamente a este casal, a manutenção das suas rotinas e identidade enquanto casados é também assegurada pelo facto de poderem dormir no mesmo quarto.

Quanto aos objetos pessoais que os idosos levam consigo para a instituição há diferenças entre as duas instituições. Na instituição 1 há um cofre nos quartos para cada residente, permitindo guardar os seus objetos pessoais valiosos. Já na instituição 2, não é aconselhável que tragam para a instituição objetos pessoais valiosos. Quando assim acontece, estes são guardados no cofre existente na zona da instituição dedicada aos escritórios e quando os residentes os pretendem usar deverão solicitar a um dos funcionários que o entreguem. Por si só, a burocracia de encontrar o funcionário que tenha acesso ao local onde os objetos estão guardados, que este tenha a possibilidade de os ir buscar e entregar ao idoso constitui um entrave a que o residente possa decidir quais os objetos a usar.

Para além disso, 7 dos 10 entrevistados levaram objetos de culto para a instituição: “trouxe também o registo do Santo Cristo e que eu até, no mês do Santo Cristo, trago aqui para a sala de convívio” .

Também, dos 10 idosos inquiridos 9 indicaram que têm no seu quarto as fotografias dos seus familiares, alguns dos netos, filhos ou até mesmos dos seus pais que já faleceram. Por outro lado, há quem sempre apresente uma tristeza profunda quanto ao facto de estar institucionalizado e as fotografias de família não representam uma recordação boa, mas sim uma recordação de algo que já se perdeu: “eu não tenho a fotografia dos meus porque fazia-

me mal vê-los e pensar que eu não estou com eles e acabei por não trazer nada da minha casa que me fizesse lembrar a vida que tinha antes” (Entrevistada J, 74 anos).

Na instituição 2 possibilitam também que os idosos levem produtos de higiene e beleza ou qualquer mobiliário de tamanho pequeno, não podendo levar para o lar a cama, guarda-fato ou cómoda.

Relativamente à entrevistada D, 82 anos, que foi para a instituição 1 para acompanhar o marido que sofre da patologia de alzheimer, a Direção do lar permitiu que esta levasse todo o seu mobiliário do quarto de cama para instituição. No quarto da entrevistada tinha a cama de casal, o roupeiro, o espelho, a cómoda, as fotografias de família, os objetos de culto e produtos pessoais, como se nunca tivessem saído de casa. De resto, os restantes entrevistados do Lar 1 têm apenas objetos de pequena dimensão, fotografias, livros, roupa, entre outros, apesar de a instituição autorizar outros objetos.

Tenho pena, não tenho saudades porque eu vou lá, mas tenho pena de deixar as minhas coisas. A mobília do meu quarto é tao bonita, gosto tanto dela e está igual quando casei. Eu até podia trazer a mobília, mas ia ocupar muito espaço e é muito grande (Entrevistada B, 86 anos).

Para além disso, dos 5 idosos da instituição 1, 3 deles trouxeram de casa o seu sofá individual e que está na sala de convívio da instituição.

Relativamente à comparticipação de cada idoso para a instituição, podemos distinguir em grande medida os dois lares em estudo.

No lar 1 a comparticipação do idoso para a instituição depende do grau de dependência definido segundo o *índice de Barthel* identificada aquando da admissão do idoso. Assim, se se tratar de um idoso independente a mensalidade varia entre os 1 400,00€, se o quarto for partilhado, e 2 000,00€ se for em quarto privado. Já se o residente for totalmente dependente a mensalidade varia entre os 2 350,00€ e os 3 000,00€, consoante seja quarto partilhado ou privado, respetivamente.

Já no lar 2, a mensalidade não é fixa, variando consoante os rendimentos do idoso. Aí, a comparticipação familiar mensal determina-se pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento per capita do agregado familiar de 80%, e de acordo com o grau de dependência do idoso, conforme o artigo 1.º do Anexo I da Portaria n.º 93/2003, que constitui o Regulamento das Comparticipações dos Utentes nos lares de idosos.

Para o cálculo deste rendimento mensal incluem-se todos os rendimentos com carácter de regularidade, independentemente de se consubstanciarem em bens próprios ou provenientes de pensão de reforma, invalidez ou qualquer outra prestação social. Assim, cada idoso deverá

contribuir com 80% do somatório de todos os seus rendimentos, nos termos do disposto no artigo 2.º do Anexo I da Portaria n.º 93/2003<sup>65</sup>. Esta prestação pecuniária devida pelos idosos às instituições é definida pelo Governo Regional e tem atualmente o valor padrão de 890,97€, conforme o Despacho normativo n.º 6/2019 de 14 de fevereiro de 2019, majorado segundo o grau de dependência do idoso avaliado segundo o *índice de Barthel*.

Além do mais, conforme o artigo 3.º a 5.º do referido normativo regional, a contribuição do idoso para o lar que o acolhe nunca poderá ser superior ao seu custo médio real, que corresponde à despesa anual da instituição com aquele utente, calculada pela divisão dos custos totais da Instituição pelo número médio de idosos naquele período. Em 2018, o custo médio real de cada idoso residente foi de 1 268,11€.

No entanto, este normativo prevê que as comparticipações dos utentes devem ser revistas anualmente em virtude das possíveis alterações dos rendimentos dos idosos e das despesas que anualmente o lar dispensará com o utente.

Apesar disso, o diploma em causa acautela que, em situações especiais em que se verifique a perda ou diminuição de rendimento, ou ainda, um acréscimo dos encargos que não permita a satisfação das necessidades do utente com os 20 % restantes do seu rendimento, poder-se-á reavaliar casuisticamente e averiguar a possibilidade de suspensão ou redução da comparticipação.

Em ambas as instituições as despesas com medicamentos, aquisição de fraldas e resguardos não estão incluídas na mensalidade do lar, as quais são fornecidas pelos familiares ou poderão também ser encomendadas pelos próprios lares mediante solicitação prévia.

Face à mensalidade dos lares todos os idosos referiram que não lhes sobrava qualquer montante. “A minha reforma é para aqui, resta-me muito pouco, quase nada mesmo.” (Entrevistada B, 86 anos).

Efetivamente 80% do rendimento do idoso representa uma fatia bastante elevada. Por exemplo, se atendermos a um idoso que auferir 900,00€ (montante bastante acima do valor médio mensal dos idosos, como já vimos), apenas sobra 180,00€ depois de paga a mensalidade do lar. Destes 180,00€ devem ser pagos os medicamentos, fraldas e resguardos, que não estão incluídos na mensalidade, pelo que, facilmente se conclui que não sobra qualquer montante para aquisição de vestuário, qualquer outra atividade de lazer ou até mesmo para dar uma oferta de aniversário aos netos.

---

<sup>65</sup> De notar que este diploma está bastante desatualizado face às alterações legislativas dos últimos anos e às novas representações do “ser idoso” que se proclamam. Esta Portaria ainda se refere a lares de idosos e não a estruturas residenciais para pessoas idosas e identifica os residentes como utentes.

Nestes casos os idosos contam com as ajudas familiares que oferecem roupas, viagens ou os biscoitinhos favoritos e suportam todos os custos não incluídos na instituição e que os rendimentos dos idosos não conseguem cobrir. “Esta blusa foi oferecida pela minha nora. Disse-me que estava sempre com a mesma roupa e achou esta blusa verde muito bonita e ofereceu-me” (Entrevistada I, 92 anos).

Aliás, dados os poucos recursos e as despesas acrescidas levaram a que 3 dos idosos inquiridos decidissem vender alguns dos bens para pagamento mais folgado da mensalidade da instituição.

Porém, segundo transmitido pelos residentes, a escassez de recursos é também característica da faixa etária e dos acrescidos encargos com a saúde, independentemente da sua residência: “aqui tenho tudo. Em casa o dinheiro também sumia. Era mulher para cuidar, era comida, água, luz e também ia embora.” (Entrevistada D, 82 anos).

## **VI - Conclusão:**

Recordemos, agora, a questão de partida que pretendemos responder com a presente investigação:

“Para os idosos, qual o impacto da entrada na estrutura residencial na sua identidade e no seu bem-estar”, e em que medida a institucionalização afeta a identidade dos idosos e o seu bem-estar.

Na investigação foi possível identificar, de forma clara, que os principais motivos para a institucionalização são:

1. diminuição das capacidades de autonomia do idoso;
2. impossibilidade de suporte pela rede familiar;
3. e uma forma de combater o isolamento, principalmente quando os idosos não têm filhos ou família próxima.

Nesse sentido, para alguns idosos, a institucionalização acaba por ser uma boa resposta para fazer face ao isolamento e proporcionar aos idosos os cuidados que necessitam quando deixam de ter capacidade para serem totalmente autónomos. Para estes residentes, viver num lar significa uma melhoria de condições e o aumento do bem-estar, como foi referido pela maioria da população em estudo.

Identificamos três momentos importantes para a compreensão do processo de institucionalização, nomeadamente, a decisão de passar a viver num Lar, a adaptação ao modo de vida institucional e o bem-estar que daí possa resultar e vimos que a decisão e a melhor aceitação do novo modo de vida irá variar em função da tomada de consciência do próprio idoso de que essa é a melhor solução.

Quanto ao processo de adaptação à instituição, ficou claro que os motivos pelos quais se entra na instituição e a consciência que os idosos tem destes motivos poderão dificultar ou facilitar a adaptação do idoso na instituição, em resposta à hipótese anteriormente formulada.

Assim, foi possível comprovar que:

1. quando os idosos tomam a decisão livre e consciente de qua a melhor qualidade de vida passa pela institucionalização facilmente se adaptam.
2. quando os idosos não participam na decisão da institucionalização ou quando a institucionalização é motivada por fatores externos, como imposições familiares ou dificuldades em conseguir um terceiro para prestar cuidados em casa, a aceitação da nova realidade é dificultada e institucionalização não é entendida como uma melhoria da sua qualidade de vida.

Além do mais, o fator dependência e a consciência de incapacidade são também facilitadores da adaptação, uma vez que os idosos percebem que não conseguem alimentar-se, cuidar da sua higiene pessoal sozinhos, necessitando de solicitar a ajuda de terceiros, o que em alguns casos se torna difícil, dadas as crescentes ocupações profissionais dos filhos ou até mesmo as suas incapacidades para cuidar da pessoa totalmente dependente; muitas vezes, os filhos de pais idosos, idosos o são.

Como poderemos constatar pelos testemunhos, a maior parte dos idosos inquiridos respondeu que o mote para a institucionalização foram as suas incapacidades, uma vez que tomaram consciência das suas limitações e foram à procura desta resposta social. Ao contrário, quando o idoso é autónomo acaba por não encontrar tanta utilidade na vivência institucional e terem dificuldade a aceitar a admissão na instituição, bem como as diversas regras de convivência no Lar e restrições à sua liberdade. Por esse motivo, a maioria dos idosos institucionalizados estão dependentes ou quase dependentes.

Relativamente à questão que nos propusemos responder sobre se o bem-estar do idoso era influenciado pela relação com os seus familiares, pudemos verificar que:

1. no caso dos idosos inquiridos, a entrada para a instituição não representou um total abandono pelos familiares.
2. Todos os idosos recebiam a visita dos seus familiares e amigos com frequência.

Podemos, também, verificar que esta presença e contacto com os familiares é particularmente positiva no processo de institucionalização, uma vez que os idosos não se sentem abandonados e encaram de melhor forma a vivência no lar. Aliás, as colaboradoras dos lares em estudo, que estão em contacto diário com a realidade familiar de muito idosos, confirmaram que o bem-estar do idoso é influenciado pela manutenção da relação dos idosos com os seus familiares.

Uma outra dimensão considerada nesta abordagem, é a que se prende com o impacto da institucionalização ao nível da identidade, tendo-se verificado que a institucionalização representa uma nova forma de vida, novas rotinas, novo espaço, novas coisas e implica novas formas de gestão do património.

Em primeiro lugar, podemos concluir que “a experiência de internamento e da vida em lar não tem o mesmo significado, do ponto de vista identitário, para todos os residentes” (Guedes, 2012:18), sendo que nas instituições estudadas há várias diferenças ao nível da manutenção da identidade de cada idoso residente, tornando-se difícil traçar um perfil homogéneo, sem esquecer que as idiosincrasias apuradas no momento das entrevistadas poderão já nem ser as atuais, uma vez que o próprio idoso vai alterando constantemente a

sua visão sobre a instituição e esta última, também, vai influenciando a identidade dos seus residentes.

Sem prejuízo, em regra, a entrada para a instituição implica uma nova adaptação às rotinas, aos horários da instituição, ao espaço, aos colegas dos quartos partilhados e, nessa medida, afeta negativamente a identidade do idoso que vê a sua vontade absorvida pelas regras de funcionamento dos lares. Acresce que, o facto de a instituição satisfazer todas as necessidades dos idosos, desde a alimentação, à higienização da roupa e até aos trabalhos de estética, faz com que estes percam o contacto com o mundo exterior e com o seu próprio *eu*. Porém, como vimos, há determinadas medidas que podem diminuir o impacto da institucionalização na identidade do idoso, como por exemplo, o horário alargado, os pequenos espaços, onde os idosos podem estar mais reservados sem estar isolados, ou a possibilidade de facultarem a chave do quarto e da instituição ao idoso.

Quanto à identidade patrimonial, no presente estudo foi possível concluir que:

1. os idosos sentem pesar em deixar o seu património quando passam a residir na instituição. Todavia, sendo a decisão da institucionalização uma escolha consciente esse sentimento reflete-se numa saudade positiva;
2. como forma de minimizar a perda do seu património, as instituições autorizam que os idosos levem para o lar um conjunto de objetos com os quais se identificam, contribuindo para a manutenção da identidade do idoso quanto mais foram estes objetos, particularmente quando a decisão de institucionalização foi consciente e do próprio idoso;
3. todos os idosos referiram que, quase todos os seus rendimentos são entregues à instituição, tendo alguns idosos, inclusive, vendido as suas casas para fazer face às despesas da instituição de uma forma mais folgada. Porém, pode-se perceber que estas dificuldades no rendimento também são bastante frequentes na faixa etária mais idosa.

Assim, considerando o impacto da institucionalização na identidade da pessoa idosa residente e tendo por base o conceito de Goffman de que este tipo de instituição, de cariz totalitário em termos do quotidiano, provoca uma mortificação do “eu”, enquanto processo de “diluição” da história pessoal e das referências patrimoniais, podemos concluir que esta é maioritariamente provocada pela condição do idoso institucionalizado, à partida com perda de capacidades cognitivas, físicas e poucos recursos económicos para fazer face às suas necessidades, não estando, necessariamente, interligada com a vivência na instituição.

No entanto, a instituição afeta negativamente a identidade do idoso, em virtude das excessivas regras de convivência e organização, dos espaços partilhados e da limitação da vontade do idoso, principalmente em idosos autónomos, uma vez que, no caso de idosos dependentes e com patologias graves, a identidade é afetada, principalmente, pelo processo de envelhecimento. Porém, e como vimos, há medidas que possibilitam que os idosos se identifiquem mais com o espaço onde residem, as quais deveriam ser maioritariamente adotadas pelas instituições, numa filosofia que, colocasse a preservação da identidade do idoso como um fator importante para o seu bem-estar.

No âmbito do presente estudo, não se pretendeu comparar ou fazer distinções valorativas das instituições em estudo, tendo em conta o grau de liberdade que é conferido ao idoso. No entanto, considerando a abordagem de Goffman (1993) que classifica os lares de idosos como instituições totalitárias, onde os indivíduos vivem separados da sociedade e sujeitos a supervisão e organização institucional, podemos perceber determinados aspetos, em cada uma das instituições, que contribuem para a manutenção das identidades:

- Lar 1 - tem um horário de visita mais alargado, bem como a possibilidade de o residente guardar os próprios objetos pessoais valiosos no seu quarto, permitindo usá-los quando entender; flexibilização das regras ao nível dos espaços onde os idosos podem circular ou permanecer, bem como do horário das refeições, que inclusive, podem ser partilhadas com os familiares;
- Lar 2 – a partilha de refeições com familiares, no espaço do Lar, não é permitida; a instituição engloba em si um conjunto de serviços que poderiam ser adquiridos no exterior da instituição, como é o caso da disponibilização de serviços de estética, o que dificulta a socialização, enfatizando a separação do lar com a sociedade, característica das instituições totalitárias definidas por Goffman (1993).

Deveriam, portanto, ser evitados procedimentos inibidores das vontades individuais dos idosos que possam levar à sua despersonalização, bem como atitudes mais autoritárias, por parte dos responsáveis diretos ou indiretos da organização e prestação de cuidados nas instituições que possam ser sinónimo de “mortificação do eu”, perda de referências e de identificação com a sua própria história e saberes.

Pelo contrário, e considerando a análise efetuada, deveriam ser promovidas ações e procedimentos capazes de reforçar o que de positivo a instituição tem para oferecer, nomeadamente o facto de poder representar um espaço de promoção de bem-estar, segurança e prestação de cuidados de qualidade, bem como de convívio e integração social dos idosos, num contexto institucional ao qual o idoso se confia

Nesse aspeto, e considerando a própria estrutura dos equipamentos, as instituições deveriam disponibilizar quartos preferencialmente individuais, que permitissem aos idosos possuir objetos pessoais com referência à sua história e identidade e terem um lugar na instituição de encontro consigo próprios, num espaço não partilhado.

Ao nível ainda do alojamento, nas instituições com financiamento público, os apoios e a gestão deveriam cobrir as despesas com a institucionalização, de forma a evitar que os idosos tenham de vender ou dispor de bens próprios para fazer face aos custos institucionais. A ligação à sua história e património pode contribuir para uma melhor manutenção da identidade do idoso e do seu bem-estar.

Assim, o tipo de resposta coletiva que a instituição oferece, não tem de significar que estes equipamento sejam sinónimo de uma forma ou local de envelhecimento menos positivo. Ao invés, podem potenciar aspetos identitários dos próprios idosos, na medida em que o espaço e a organização tiverem em conta a condição, as necessidades e os ritmos dos idosos residentes.

Em termos da identidade patrimonial, particularmente no que respeita à comparticipação dos idosos para a instituição, existe um valor base associado aos custos fixos de uma estrutura residencial e às despesas acrescidas, em função do grau de dependência dos seus residentes. No entanto, há que encontrar o justo equilíbrio entre o investimento do Estado, da própria instituição, e a comparticipação do utente/residente, que deverá ser sempre proporcional à sua capacidade financeira.

Concluindo, a decisão ou a necessidade de um idoso de viver num lar exige uma tomada de consciência, por vezes abrupta, que marca o processo de institucionalização, particularmente por representar um conjunto de perdas, afastamento do espaço de referência (a casa de família), das pessoas significativas (familiares, vizinhos e amigos), sendo que esta transição é tanto mais difícil quanto mais independente se é, quando não se participou no processo decisório, e quanto mais se reconhece uma particular dependência de rotinas, hábitos, objetos pessoais ligados a memórias. Como foi referido, nos testemunhos ouvidos, uma fotografia de um familiar tanto pode ajudar como incomodar na adaptação e vivência no lar, dependendo da capacidade do idoso de assumir que a relação com essa pessoa acabou (porque faleceu), será menos frequente (porque distante) ou inexistente. Tudo depende da forma como o idoso reflete, participa e toma a decisão de viver num lar.

Para a instituição, em particular ao nível da sua organização e da comunicação que os funcionários e técnicos estabelecem com os residentes, essa capacidade reflexiva não deve ser minimizada ou julgada ausente, a não ser em casos em que o envelhecimento está

associado a patologias, o que faz com que os idosos deixem de ter a noção do seu próprio eu e reduzam a sua capacidade reflexiva.

Tendo em conta as entrevistas realizadas com idosos institucionalizados, não se pode concluir que, para a maioria, o seu bem-estar diminui com a entrada na instituição, dependendo de a decisão, por parte do residente idoso, de viver no Lar ter sido livre e consciente, contribuindo este processo de consciencialização da entrada para a instituição. Dessa decisão consciente depende a visão mais ou menos totalitária que o indivíduo faz do funcionamento da instituição.

Quando abordamos a problemática do envelhecimento, não podemos negar que o próprio processo de envelhecer fundamenta a mudança de identidade, independentemente do local onde o idoso resida. Aliás, como foi anteriormente referido, a identidade é um processo de construção e reconstrução permanente, logo, dependente da forma como são vividas todas as fases e experiências que implicam mudanças.

Com o aumento da esperança média de vida, o maior desafio que se coloca ao processo de integração da velhice na sociedade do séc. XXI diz respeito à perda das faculdades da pessoa idosa, que resultam desse processo prolongado de envelhecimento e das patologias que lhe possam estar associadas.

Assim, “dar anos à vida” é o desafio das sociedades onde se vive cada vez mais anos, mas onde nem sempre se tem acesso às condições e respostas que permitam uma vida saudável. Viver mais anos não deveria ser sinónimo de “perda identitária”, mas de reconhecimento quer ao nível do mundo do trabalho, para o qual muitos, dos que agora são idosos, contribuíram com trabalho, sacrifício e conhecimento; das famílias e sobretudo das gerações mais novas, que se vão afastando do rosto da velhice e, neste caso em particular das instituições de acolhimento de idosos, por parte do Estado e da Sociedade.

A decisão ou escolha em viver num lar deve ser respeitada e respondida de forma que o idoso possa potenciar e expressar a sua identidade, partilhar o seu conhecimento e alargar as suas experiências.

## VII - Fontes e bibliografia

Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em Mudança – Percursos e Dinâmicas da Vida a dois*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Aboim, S. & Wall, K. (2006). Conjugalidade, afetos e formas de autonomia individual. *Análise Social*. XXXVII, (180), 801 – 825. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n180/n180a05.pdf>

Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M. & Baptista, M. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa: 1950-2011 Evolução e Perspetivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: [https://www.ffms.pt/upload/docs/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populac\\_efe8FbqdjUGZx3LduUIzgg.pdf](https://www.ffms.pt/upload/docs/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populac_efe8FbqdjUGZx3LduUIzgg.pdf)

Barroso, R. (2014). Há direitos dos idosos?. *Julgar*. (22), 117-127. Disponível em: <http://julgar.pt/wp-content/uploads/2014/01/07-Renato-Barroso.pdf>

Borsa, J. & Feil, C. (2008). *O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão*. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>

Cabral, M., Ferreira P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>

Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*. XV, 337-347. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2396/2193>

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Estudo do Centro de Estudos dos

Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Disponível em [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)

Carvalho, M. (2005). Uma Abordagem do Serviço Social à Prática de Cuidados na Velhice em Portugal. *Intervenção Social*. 31, 163-192. Disponível em: [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/4235/1/is\\_31\\_2005\\_7.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/4235/1/is_31_2005_7.pdf)

Castro, P. (2002). Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici, *Análise Social*. XXXV VII, (164), 949-979. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/279671668\\_Notas\\_para\\_uma\\_leitura\\_da\\_teorias\\_das\\_Representacoes\\_Sociais\\_em\\_S\\_Moscovici](https://www.researchgate.net/publication/279671668_Notas_para_uma_leitura_da_teorias_das_Representacoes_Sociais_em_S_Moscovici)

Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa. (2017). *Terceiro Ciclo de Revisão e Avaliação da Estratégia de Implementação Regional do Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento*. Disponível em: [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country\\_rpts/2017/POR\\_report\\_POR.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf)

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Almedina.

Couvaneiro, C. e Cabrera J. (2009). *Este tempo de ser – conceção de espaço e tempo para um envelhecimento positivo*. Lisboa: Ed. Instituto Piaget.

Cunha, J. & Pereira, M. (2004). *Manual de Direito Internacional Público*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Almedina.

Daniel, F. (2006). *O último lugar no Mundo: Considerações e Reconsiderações sobre Espaço e Velhice*. *Revista Interações*. (11), 85-112. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/299604402\\_O\\_Ultimo\\_Lugar\\_no\\_Mundo\\_Consideracoes\\_e\\_Reconsideracoes\\_sobre\\_Espaco\\_e\\_Velhice](https://www.researchgate.net/publication/299604402_O_Ultimo_Lugar_no_Mundo_Consideracoes_e_Reconsideracoes_sobre_Espaco_e_Velhice)

Delgado, A. & Wall, K. (2011). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Lisboa: Edição Conjunta do Instituto Nacional de Estatística e da Imprensa de Ciências Sociais. Disponível em: [https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011\\_a.pdf](https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011_a.pdf)

Dias, I. (2012). O uso das tecnologias digitais entre os seniores – Motivações e interesses. *Sociologias, Problemas e Práticas*. (68), 51-77. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0873-65292012000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0873-65292012000100003&lng=pt&nrm=iso)

Dubar, C. (1997). *A Socialização – construção das identidades sociais e profissionais*. Lisboa: Porto Editora.

Enfermeiros, Ordem. (2017). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Fadigas, L. (2015). *Urbanismo e território – As políticas públicas*. (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda..

Faria, L. (2009). Individualismo e Coletivismo: Estudo Exploratório com adolescentes nos contextos culturais portugueses e romenos. *Revista antropológica*. (11), 125-141. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article>

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. (1.<sup>a</sup> ed.). Oeiras: Celta Editora.

Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento. Uma abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

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

Fortin, Marie-Fabienne. (1999). *O processo de investigação – Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta Editora.

Goffman, E. (1993). *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. Lisboa: Relógio D'Água.

Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano - Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Guedes, J. (2012), *Viver num Lar de Idosos: Identidade em risco ou Identidade riscada*. (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Guerreiro, M., Torres, A. & Lobo, C. (2007). Famílias em mudança: Configurações valores e processos de recomposição, *Portugal no Contexto Europeu, Quotidiano e Qualidade de Vida*. (pp. 3 -37). Lisboa: Celta Editora.

Marques, S. (2016). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Medeiros, T. (2014). *(Re)pensar os idosos no século XXI*. Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.

Medeiros, T., Ribeiro, C., Miúdo B. & Fialho A. (2013). *Envelhecer e conviver*. Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.

Mendes, M. & Oliveira, I. (2010). A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. *Análise Social*. XLV, (194), 115-138. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1268307381P1wGC4sr3Qg28GG4.pdf>

Mendes, F. & Xavier P. (2016). A Ordem Jurídica Portuguesa e os direitos da pessoa idosa, *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*. (2), 135-140. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/10364>

Neto, M. & Corte-Real, J. (2011) *A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social*. Disponível em <http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>

Miranda, J. (1986). Os Direitos Fundamentais na Ordem Constitucional Portuguesa. *Revista Espanola de Derecho Constitucional*. (18), 107-138. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/44203107?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/44203107?seq=1#page_scan_tab_contents)

Moreira, A., Azevedo, A., Manso, L. & Nicola, R. (2019). *Sustentabilidade do sistema de pensões português*. Lisboa: Fundação Franco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.ffms.pt/FileDownload/62281dcc-1734-403d-846e-c5b38bc8fa7e/resumo-do-estudo-sustentabilidade-do-sistema-de-pensoes-portugues>

Mozzicafredo, J. (1997). *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Celta Editora.

Nações Unidas. (2002). *Direitos Humanos e Pessoas Idosas*. Genebra: Serviço de Informação das Nações Unidas. Disponível em: [http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/4615/material/D\\_H\\_Pessoas\\_Idosas.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/4615/material/D_H_Pessoas_Idosas.pdf)

Neri, A. (2006). O Legado de Paul B. Baltes à Psicossociologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento, *Temas em Psicologia*. 14, (1), 17-34. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>

Pereira, H. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais: Dando voz(es) às experiências vividas*. Lisboa: Lusociência.

Pereirinha, J. & Carolo F. (2009). A Construção do Estado-Providência em Portugal: Evolução da despesa social de 1935 a 2003. *Gabinete de História Económica e Social*. Disponível em: <https://ghes.rc.iseg.ulisboa.pt/wp/wp362009.pdf>

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sessionid=19B6967FFD2025C13632D169B8C96D1B?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sessionid=19B6967FFD2025C13632D169B8C96D1B?sequence=6)

Rocha, G. (1993). *Terceira idade-poder, conflito e solidariedade*. Povoação: Santa Casa da Misericórdia da Povoação.

Rocha G., Licínio T. & Medeiros O. (1997), *População Idosa e Ação Social nos Açores*. Ponta Delgada: Centro de Estudos Sociais.

Rocha, G., Santos. A. & Tomas, L. (2005). *Entre Margens: Percursos para uma Vida Activa*. Ponta Delgada: Direção Regional da Juventude, Emprego e Formação Profissional.

Rodrigues, V. (2010). O Estado e as Políticas Sociais em Portugal: discussão teórica e empírica em torno do Rendimento Social de Inserção. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*. XX, 191-230. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/8794.pdf>

Rodrigues, C., Figueiras R. & Junqueira, V. (2016). *Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal: As consequências sociais do programa de ajustamento*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.ffms.pt/FileDownload/a98e63bd-0e40-436f-926c-68e800225fd2/desigualdade-do-rendimento-e-pobreza-em-portugal>

Sá, I. & Lopes, M. (2008). *História Breve das Misericórdias Portuguesas 1498-2000*. Imprensa da Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29336/1/S%c3%a1%2cI%20e%20Lopes%2c%20MA.HIST%20Breve%20Misericordias2008.pdf>

Santos, B. (1994). *Pela Mão de Alice. O Social e o Político na Pós-Modernidade*. (7.<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Sposati A. & Rodrigues F. (1995). Sociedade – Providência: Uma estratégia de regulação social consentida. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. (42), 77-104. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/42/Aldaiza%20Sposati%20-%20A%20Sociedade-Providencia.pdf>

Varela, R. (2013). *A Segurança Social é Sustentável: Trabalho, Estado e Segurança Social*. (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Bertrand Editora.

Vilelas, J. (2017). *O processo de Construção do Conhecimento*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Wall, K. (1993). Elementos sobre a sociologia da família em Portugal, *Análise Social*. XXVIII, (123-124), 999 - 1009. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223293810B5vBF0ma1Tu58IF6.pdf>

## **VII. I - Legislação**

Decreto-Lei n.º 10/04 de 1976. *Constituição da República Portuguesa*. Diário da República n.º 86/1976, Série I.

Despacho normativo n.º 6/2019 de 14 de fevereiro. Jornal Oficial da Região Autónoma dos Açores n.º 21, I Série. Secretaria Regional da Solidariedade Social.

Despacho normativo n.º 12/98 de 17 de novembro de 2003. *Diário da República* n.º 47, I Série-B, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Despacho normativo n.º 12/2003 de 17 de abril. *Jornal Oficial dos Açores* n.º 16, I Série, Secretaria Regional dos Assuntos Sociais.

Lei n.º 9/2018 de 14 de agosto. Diário da República n.º 156, I Série. Assembleia da República.

Lei n.º 32/2014 de 20 de junho. Diário da República n.º 117, I Série. Assembleia da República.

Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. Diário da República n.º 171, I Série. Assembleia da República.

Lei n.º 130/2015 de 4 de dezembro. Diário da República n.º 173, I Série. Assembleia da República.

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República* n.º 58, I Série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Portaria n.º 93/2003 de 27 de novembro. *Diário da República* n.º 48, I Série. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais.

Resolução do Conselho de Ministro n.º 63/2015 de 25 de agosto. Diário da República n.º 165, I Série. Presidência do Conselho de Ministros.

## **VII. II - Sites de referência**

[www.azores.gov.pt](http://www.azores.gov.pt)

[www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

[www.podata.pt](http://www.podata.pt)

[www.seg.pt](http://www.seg.pt).

[www.srea.pt](http://www.srea.pt)

[www.ump.pt](http://www.ump.pt)

## VIII – Anexos

### Anexo I

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar órteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

## Anexo II

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - IDOSOS INSTITUCIONALIZAÇÃO E (DES)IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA

Num contexto de envelhecimento da população são várias as representações do que é ser idoso e distintas as transformações que poderão surgir na vida da pessoa idosa, seja a nível familiar, estilo de vida ou relações intergeracionais, resultantes do processo de envelhecimento.

O presente estudo, desenvolvido no âmbito da dissertação de mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade dos Açores, com o acompanhamento da Professora Doutora Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano, pretende compreender em que medida a institucionalização é uma escolha para fazer face ao processo de envelhecimento, em particular na realidade micalense. Pretende-se avaliar alguns dos impactes que a institucionalização provoca na qualidade de vida do idoso, em particular na sua gestão pessoal e patrimonial, nomeadamente, indagando sobre o modo como os aspetos patrimoniais previstos nos regulamentos de funcionamento da instituição podem afetar a adaptação do idoso à instituição e a sua qualidade de vida.

Os dados a recolher, e que suportarão a parte empírica da investigação, serão obtidos através de entrevistas exploratórias e aleatórias de curta duração (entre 10 a 20 minutos) e serão objeto de gravação áudio, aplicadas a idosos aí institucionalizados, que aceitem participar na investigação e que estejam no pleno gozo das suas faculdades mentais.

As entrevistas serão realizadas num espaço privado da Instituição, com a colaboração da sua direção. As entrevistas têm como principal objetivo, recolher dados sobre a integração do entrevistado e a sua qualidade de vida na instituição, particularmente a nível patrimonial. Estes temas poderão ser suscetíveis de influir em aspetos sensíveis e potenciadores de desconforto, por isso serão respeitadas regras da técnica da entrevista segundo Carl Rogers e Stevens (1987).

Apenas serão entrevistadas as pessoas que o aceitem voluntariamente, podendo qualquer entrevistado recusar e/ou interromper a participação no decurso da entrevista, sem qualquer tipo de penalização.

Será garantida a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos nas entrevistas, não sendo registado o nome dos entrevistados, e garantida a proteção dos dados obtidos na entrevista, os quais serão destruídos após a apresentação da dissertação de mestrado. Para o efeito, o presente estudo foi submetido a parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade dos Açores.

Assim, gostaria de contar com a vossa colaboração, consciente, que será extremamente importante para o conhecimento e a compreensão da realidade dos idosos em contexto institucional.

Agradeço a vossa disponibilidade e estarei ao vosso inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional presencial ou através do e-mail *cristinasimao.direito@gmail.com*.

A Investigadora,

Cristina Botelho Simão

\*\*-----\*\*

Por favor, leia com atenção toda a informação anterior e não hesite em solicitar informações ou clarificações adicionais ao investigador. Se concordar em participar na investigação, por favor assine:

\_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido o documento anterior, todas as informações verbais e escritas transmitidas pelo investigador, tendo a oportunidade de fazer questões e de ver as minhas dúvidas esclarecidas. Conscientemente, aceito participar nas entrevistas do presente estudo, com o objetivo de indagar sobre a adaptação dos idosos institucionalizados e as consequências na gestão da sua vida pessoal e patrimonial, e reconheço que tomei consciência dos dados que serão recolhidos e dos danos que posso vir a sofrer, autorizando a sua utilização para os fins do presente estudo. Ademais, fui informada de que será garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, os quais serão destruídos após a conclusão do estudo, e que tenho a

possibilidade de, em qualquer altura, recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização.

Em \_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_\_ de 2019

Assinatura do entrevistado,

Assinatura do investigador,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este documento será assinado em duplicado, destinando-se um cada um dos intervenientes na entrevista.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - COLABORADORES DA  
INSTITUIÇÃO  
INSTITUCIONALIZAÇÃO E (DES)IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA**

Num contexto de envelhecimento da população são várias as representações do que é ser idoso e distintas as transformações que poderão surgir na vida da pessoa idosa, a nível familiar, estilo de vida ou relações intergeracionais, resultantes do envelhecimento.

O presente estudo, desenvolvido no âmbito da dissertação de mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade dos Açores, com o acompanhamento da Professora Doutora Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano, pretende avaliar alguns dos impactes que a institucionalização provoca na qualidade de vida do idoso, em particular na sua gestão pessoal e patrimonial, nomeadamente, indagando sobre o modo como os aspetos patrimoniais previstos nos regulamentos de funcionamento da instituição podem afetar a adaptação do idoso à instituição e a sua qualidade de vida.

Os dados a recolher, e que suportarão a parte empírica da investigação, serão obtidos através de entrevistas exploratórias e aleatórias de curta duração (entre 20 a 30 minutos), objeto de gravação áudio, e aplicadas aos colaboradores de uma Instituição de acolhimento (Lar), que aceitem participar na investigação.

As entrevistas serão realizadas num espaço privado da Instituição, tendo como principal objetivo, recolher dados sobre os requisitos e formalismos de ingresso dos idosos na instituição, o processo de adaptação e a qualidade de vida proporcionada aos idosos na instituição, particularmente a nível patrimonial.

Serão entrevistados os colaboradores que o aceitem voluntariamente, podendo qualquer entrevistado recusar e/ou interromper a participação da, sem qualquer penalização.

Será garantida a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos nas entrevistas, não sendo registado o nome dos entrevistados, e garantida a proteção dos dados obtidos na entrevista, os quais serão destruídos após a apresentação da dissertação de mestrado. Para o efeito, o presente estudo foi submetido a parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade dos Açores.

Assim, gostaria de contar com a vossa colaboração, consciente, a qual será importante para o conhecimento e a compreensão da realidade dos idosos em contexto institucional.

Agradeço a vossa disponibilidade e estarei ao vosso inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional presencial ou através do e-mail [cristinasimao.direito@gmail.com](mailto:cristinasimao.direito@gmail.com).

A Investigadora,

Cristina Botelho Simão

\*\*-----\*\*

Por favor, leia com atenção toda a informação anterior e não hesite em solicitar informações ou clarificações adicionais ao investigador. Se concordar em participar na investigação, por favor assine:

\_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido o documento anterior, as informações verbais e escritas transmitidas pelo investigador, tendo a oportunidade de fazer questões e de ver as minhas dúvidas esclarecidas. Conscientemente, aceito participar nas entrevistas do presente estudo, com o objetivo de indagar sobre a adaptação dos idosos institucionalizados e as consequências na gestão da sua vida pessoal e patrimonial, e reconheço que tomei consciência dos dados que serão recolhidos, autorizando a sua utilização para os fins do estudo. Ademais, fui informado de que será garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, os quais serão destruídos após a conclusão do estudo, e que tenho

a possibilidade de, em qualquer altura, recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização.

Em \_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_\_ de 2019

Assinatura do entrevistado,


Assinatura do investigador,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este documento será assinado em duplicado, destinando-se um cada um dos intervenientes na entrevista.

## Anexo III

  
UNIVERSIDADE DOS AÇORES  
COMISSÃO DE ÉTICA

---

PARECER 9/2019

**Registo:** Distribuição UAC/2019/2382 - Pedido de Parecer sobre Projeto de Tese de Mestrado

**Requerente:** Cristina Isabel Botelho Simão, do Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade dos Açores

**Título do Projeto:** *Institucionalização e desidentificação da população idosa*

**Enquadramento**

O Código de Ética da Universidade dos Açores, aprovado pelo Despacho nº 9795/2015, publicado no Diário da República, 2ª série - nº 167, de 27 de agosto de 2015, prevê no nº2 do artigo 3º que "[a] Comissão de Ética compete a emissão de pareceres sobre as questões que forem remetidas à sua apreciação pela comunidade académica, a pronúncia sobre os aspetos éticos dos projetos de investigação submetidos pelos núcleos, centros ou investigadores individuais, bem como a produção de recomendações sempre que se considerem necessárias."

**Parecer**

A análise da documentação remetida à Comissão permitiu verificar que, no geral, os procedimentos a adotar respeitam os aspetos éticos da investigação.



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

COMISSÃO DE ÉTICA

Assim, a Comissão deliberou **aprovar** o projeto "Institucionalização e (des)identificação da população idosa".

Ponta Delgada, 21 de fevereiro de 2019

Os Membros da Comissão de Ética que deliberaram,

  
Alberto Duarte

  
José Naronha Rodrigues

  
Magda Costa Carvalho

  
Vítor Gonçalves

## Anexo IV

### Guião de entrevista idosos

Após enunciação dos objetivos do estudo, das garantias de privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos e esclarecimentos de todas as dúvidas que possam surgir, os participantes que aceitem livre, consciente e voluntariamente fazer parte da investigação assinarão o termo de consentimento e, só posteriormente, dar-se-á início à entrevista, que será sujeita a gravação áudio e terá uma curta duração, entre 10 minutos a 20 minutos.

A entrevista será dividida em três grandes momentos, sendo uma entrevista exploratória e semi-diretiva, com o discurso adequado ao participante e orientando as questões de acordo com a comunicação do entrevistado e correspondendo aos seguintes temas:

0 - Dados de caracterização - sexo; idade; tempo de institucionalização.

I – Decisão e processo de Institucionalização;

- Processo de entrada na instituição;
- Razões e contexto que envolveu a decisão de viver na instituição;
  - i) Como/Porquê decidiu vir viver para o lar?
- Conhecimento do regulamento da instituição.
  - i) Quanto paga para estar aqui? Como é que paga, é do seu próprio dinheiro?
  - ii) E sobra algum dinheiro para outras coisas que precise? O quê?

II – Adaptação à Instituição;

- Principais vantagens encontradas na vida dentro da instituição;
- Principais dificuldades na adaptação;

III – Identidade patrimonial na Instituição.

- Património pessoal/familiar antes da entrada na instituição;
  - i) Quando veio para o lar pode trazer as suas coisas? O que trouxe e porquê?
  - ii) Houve alguma coisa que quisesse trazer e que não trouxe?
- Gestão do património dentro da instituição.
  - i) E quem trata das suas coisas, da sua roupa e dos seus objetos? É a Sr(a). Que arruma o seu quarto? O que acha disso?

- ii) E o resto dos objetos são de quem?
- iii) Sente que estes objetos são seus? Que esta é a sua casa?
- iv) Continua a visitar o sítio onde vivia antes?
- v) Se tivesse que resumir a sua vida, o que consideraria mais importante.

Todas as entrevistas terminarão de uma forma agradável e com recurso a mensagens positivas junto dos entrevistados.

- O que mais gosta de fazer;
- Quais as atividades que lhe dão mais prazer na instituição;

### **Guião de entrevista Colaboradores da Instituição**

Após enunciação dos objetivos do estudo, das garantias de privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos e esclarecimentos de todas as dúvidas que possam surgir, os participantes que aceitem livre, consciente e voluntariamente fazer parte da investigação assinarão o termo de consentimento e, só posteriormente, dar-se-á início à entrevista, que será sujeita a gravação áudio e terá uma curta duração, entre 20 a 30 minutos.

A entrevista será dividida em três grandes momentos, sendo uma entrevista exploratória e semi-diretiva, orientando as questões de acordo com a comunicação do entrevistado e correspondendo aos seguintes temas:

0 - Dados de caracterização - sexo; idade; profissão, tempo de trabalho na instituição e funções desempenhadas;

I – Decisão de entrada na instituição;

- Requisitos para admissão de idosos;
- Formalismo para a entrada na instituição;
- i) Responsabilidade pela admissão dos utentes;
- ii) Compensação monetária pelo serviço prestado e fatores que o podem influenciar;
- iii) Responsabilidade pelo pagamento;
- Principais motivos pela procura da instituição;
- Caracterização geral dos idosos institucionalizados
- i) Número de utentes;

- ii) Identificação geral dos idosos/ utentes? Dados sobre a média das idades, predominância do género, dependentes ou não, classe social em que se insere a maioria dos idosos?
- iii) Regulamento, atas e relatórios de contas

## II – Adaptação à Instituição;

- Processo de adaptação;
- i) A família costuma participar nas atividades do lar
- Principais dificuldades na adaptação;
- Medidas para facilitação do processo adaptação;

## III – Identidade patrimonial na Instituição.

- Património que os idosos podem ou não levar para a instituição;
- i) Costumam abrir exceções a esse nível?
- ii) E quando os utentes falecem, qual o destino normal dos bens?
- Bens disponibilizados pela Instituição;
- Património que pode ser levado pelos visitantes;
- Considera que o idoso se identifica com o espaço onde vive.

**UNIVERSIDADE DOS AÇORES**  
**Faculdade de Ciências Sociais e**  
**Humanas**

Rua da Mãe de Deus  
9500-321 Ponta Delgada  
Açores, Portugal



DM

# Institucionalização e (des)identificação da população idosa

Cristina Isabel Botelho Simão