

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é para a Mestre Maria Júlia Silva Lopes Rodrigues, pela sua orientação. Estamos profundamente reconhecidos, pelo estímulo dado, pela disponibilidade, pela crítica oportuna a objectividade e a exigência, assim como pelo entusiasmo de quem se sente implicado no trabalho.

Aos idosos pela sua colaboração.

À Assistente Social do lar pelo seu empenho na obtenção de autorização para realização do estudo.

A todos os professores do curso de Mestrado, pelo contributo dado à nossa formação.

À nossa família e aos nossos colegas pelo incentivo que nos souberam dar principalmente nos momentos de maior dificuldade.

Resumo

O envelhecimento da população é uma realidade indiscutível, no entanto é escassa a produção de conhecimento sobre o lugar onde vivem os idosos e os cuidados que lhe são prestados.

Este estudo, de carácter exploratório, centra-se na forma como vivem os idosos, pretendendo conhecer a percepção de bem estar dos idosos a viver em lares e os domínios dos cuidados de enfermagem que mais contribuem para melhorar esse bem estar.

O estudo é qualitativo e o trabalho de campo desenvolveu-se num lar de idosos durante sete meses.

Com base na informação obtida através de entrevistas efectuadas em dois momentos distintos, concluiu-se que os idosos a viver no lar desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia, devido a factores que passam pela sua condição de saúde, pelas normas e regras de funcionamento da própria instituição, e respectivo pessoal. Em muitas situações os idosos reforçam a sua imagem de incapacidade e promovem a dependência.

A falta de ocupação e de afectividade, com pessoas em quem possam confiar bem como a falta de contactos sociais são também sentidas pelos idosos como condicionantes negativas do seu bem estar.

Verificamos que os cuidados de enfermagem que os idosos mais valorizam positivamente centram-se nos cuidados de manutenção da vida, onde se destacam os cuidados físicos (incentivo ao auto-cuidado e a promoção do conforto) e os cuidados de suporte psicológico (carinho, respeito pela privacidade, confiança). Os cuidados de reparação foram referidos valorizando o rigor da execução técnica.

As acções de promoção da saúde e de formação do outro pessoal são também consideradas pelos idosos.

São ainda sugeridas outras áreas a investigar que possam permitir avanços concretos na enfermagem gerontológica.

Summary

The aging of the population is an unquestionable reality, however it is scarce the knowledge production about the place where the aged live and the cares that are rendered to them.

This study, of an exploratory nature, is centred in the way aged live, intending to know the well-being of aged in homes and the nursing cares domains that most contribute to improve the well-being.

The study is qualitative and the action field of work was developed in a home of aged people for seven months.

According to the information obtained through interviews made in two different moments, we concluded that the aged ones living in home developed small expectations of self-effectiveness, due to factors related with their health, and also related to the rules of the institution, and its staff. In many situations the aged reinforce their image of inability and they promote the dependence.

The lack of occupation and of affectionateness, with people who they can trust in as well as the lack of social contacts are also felt by the aged as being a negative aspect of their well-being.

We verified that the nursing cares that the aged most positively valorise are those of supporting life where the physical cares stand out (motivation of self-care and the promotion of comfort) and the cares of psychological support (affection, respect for the privacy, trust). The cares of compensation were referred, valuing the strictness of the technical performance.

The promotion of health and of the personnel's formation actions are also taken into account by the aged.

We suggest other areas to be investigated which can allow progresses in gerontologic nursing.

INTRODUÇÃO**PRIMEIRA PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

.....

**CAPITULO I : ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E RECURSOS DA
COMUNIDADE**

.....

1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**2 – CONCEITO DE IDOSO****3 – IDOSO: CONTEXTO SOCIAL****3.1 – Ideias Preconcebidas Sobre os Idosos****3.2 – O Apoio Comunitário****3.2.1 – Assistência Domiciliária****3.2.2 – Centros de Dia****3.2.3 – Assistência de Substituição****3.2.4 – Serviços Especializados****3.2.5 - Lares****4 – O SUCESSO NO ENVELHECIMENTO****5 – O ESPAÇO INSTITUCIONAL****CAPITULO II : ENFERMAGEM E OS CUIDADOS AOS IDOSOS****1 – CUIDAR O IDOSO****2 – FORMAÇÃO NO DOMÍNIO DOS CUIDADOS AOS IDOSOS**

.....

3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS LARES**4 – A INVESTIGAÇÃO E A SITUAÇÃO DOS IDOSOS**

SEGUNDA PARTE – OS IDOSOS RESIDENTES EM LARES, PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CAPITULO I : O ESTUDO E AS OPÇÕES METODOLÓGICAS

1 – FINALIDADES	
2 – OBJECTIVOS	
3 – METODOLOGIA	
3.1 – Tipo de Estudo	
3.2 – Local de Realização do Estudo	
3.3 – População e amostra	
3.4 – Recolha de Informação	
3.5 – Etapas do Estudo	
4 – TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO	

CAPITULO II : APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS ...

1 – COMO SE SENTEM OS IDOSOS COM A VIDA NO LAR	
1.1 – Satisfação com a Forma de Vida Actual	
1.2 – Relações Sociais	
1.3 – Ocupação e Actividade	
2 – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM PARA O BEM-ESTAR DOS IDOSOS	
3 - CONCLUSÕES DO ESTUDO	

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Anexo I – Expressões mais significativas das entrevistas sobre a forma como os idosos se sentem no lar

Anexo I I – Expressões mais significativas das entrevistas sobre a percepção dos idosos em relação aos cuidados de enfermagem

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro N.º 1 – A satisfação com a vida actual	Folha
Quadro N.º 2 – Relações Sociais	
Quadro N.º 3 – Ocupação e actividade	
Quadro N.º 4 – Cuidados de manutenção da vida	
Quadro N.º 5 – Cuidados de reparação	
Quadro N.º 6 – Formação de outros profissionais	

Introdução

O envelhecimento demográfico que caracterizou as últimas décadas, recomenda alterações estruturais e organizacionais na sociedade, constituindo importantes desafios para indivíduos, famílias e comunidades.

O aumento da esperança de vida à nascença, não deverá ser apenas uma conquista biológica e social isolada; tem que estar interligada com uma presença do indivíduo no mundo, que corresponda aos seus desejos e expectativas ao longo da sua existência.

Ao enfermeiro cabe promover uma interacção harmoniosa entre o ambiente e o homem, fortalecer essas trocas e a integridade dos seres humanos, assim contribuindo para a saúde e bem estar (Marriner, 1994).

Só através da autonomia e dignidade que foi adquirindo ao longo da vida, o idoso pode desfrutar da sua velhice do modo mais pleno que lhe é possível.

Como pode o idoso aceder a uma vida com qualidade quando é segregado no contexto social, tornando-se uma carga para a família, sendo por vezes institucionalizado em lares geradores de despersonalização, de perda de auto-estima e isolamento ?

Estes são factos e problemas graves, com que muitas pessoas idosas se deparam e que pretendemos analisar no presente trabalho.

A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas e como a primeira das quatro facetas do marco conceptual adoptado para esse ano a “*Situação das pessoas de idade*”, centrando a análise nos mecanismos sectoriais em matéria de saúde, habitação, educação, emprego, segurança dos meios de vida e bem estar.

“A situação das pessoas idosas sempre foi uma preocupação dos enfermeiros” (Costa, 1998 p.7). A dignidade e a qualidade de vida das pessoas idosas é um desafio para os enfermeiros como grupo social, cuidando principalmente os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, utilizando mecanismos destinados a promover e realçar a sua independência, a participação, o autocuidado e a autorealização.

A família continua a ser o principal suporte prestador de cuidados aos seus parentes idosos (Star et al, 1997). O dever de cuidar dos idosos, resultado do dever de respeito e dos laços de afecto, constitui uma das manifestações das normas de convivência colectiva emanadas da sociedade rural (Hespanha, 1993). O contexto de mudança da sociedade contemporânea, as novas formas de família, as famílias de risco, exigem um sistema de suportes formais adequados (Quaresma, 1993). O grande número de idosos que vivem sós, por vezes em situação de abandono e solidão, os que são maltratados pelos seus familiares, requerem apoio da comunidade (Paúl, 1994).

Um dos recursos da comunidade com maior importância são sem dúvida os lares de idosos.

O número de camas tem aumentado significativamente nas últimas décadas, ultrapassando alguns lares o máximo de camas permitidas por lei. As previsões para o futuro indicam que esta tendência se manterá, com um número de idosos em lares cada vez maior, assim como provavelmente, o número de lares (Belsky, 1996).

Simultaneamente com este crescimento, tem-se desenvolvido um conjunto de críticas sobre os abusos que têm lugar dentro destas instituições. Em Portugal, por exemplo, assistimos ao encerramento de alguns lares por parte do Estado.

Os lares são, por vezes, considerados como “depósitos” onde se abandonam idosos que lentamente esperam a morte (Correia, 1988; Belsky, 1996).

Em muitos lares a assistência é deficiente; não se avaliam as necessidades de ajuda de cada idoso: uns idosos não recebem a ajuda necessária e noutros é fomentada a incapacidade por excesso de ajuda (Correia, 1988).

A vida em lares de idosos pode desencadear problemas psicológicos e acelerar o declínio físico (Correia, 1988; Belsky, 1996; Deco, 1997). A institucionalização do idoso, para além de dispendiosa, é um fenómeno com potenciais efeitos negativos sobre estes (Costa 1998).

Assim sendo, que motivos levam, à crescente institucionalização de idosos em lar?

Os motivos de institucionalização relacionam-se de uma ou outra forma com perdas, o que transforma estes idosos num grupo particularmente vulnerável.

Mesmo que se concorde que os idosos devem permanecer na sua residência, e aí lhe serem prestados os cuidados necessários, isto não serve de argumento para se ignorar a população idosa residente em lares.

A Assembleia Geral das Nações Unidas definiu na resolução n.º 46/91 de 16 de Dezembro dezoito princípios sobre o lema “*Dar vida aos anos que se juntam à vida*” que se agrupam em cinco dimensões: **autonomia, participação, prestação de cuidados, autorealização e dignidade**. Se garantirmos o respeito pela resolução citada, ir viver para um lar também pode ser uma oportunidade de desenvolvimento, crescimento e qualidade de vida.

Tudo isto, e o conhecimento que temos do funcionamento de alguns lares, desencadeou em nós uma preocupação séria com estes idosos. Por outro lado, muito se fala da necessidade de enfermeiros nos lares, para garantir uma melhor saúde e bem estar aos idosos.

Que percepção de bem estar têm os idosos residentes em lares ? Em que aspectos podem os enfermeiros contribuir para o bem estar dos idosos nos lares?

Estas são duas questões para as quais gostaríamos de ter algumas respostas, o que nos leva ao desenvolvimento deste estudo, com a finalidade de:

Contribuir para o debate sobre a situação dos idosos institucionalizados em lares e propor vias de solução dos principais problemas relacionados com a saúde e bem estar destas pessoas.

E com os seguintes objectivos:

- Conhecer a percepção de bem estar dos idosos institucionalizados;
- Contribuir para a reflexão da pertinência de cuidados de enfermagem em lares de idosos;
- Aprofundar conhecimentos no domínio dos cuidados aos idosos;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos residentes em lares;
- Alertar para a necessidade de reflectir sobre os modelos de apoio formal aos idosos;
- Saber em que domínios os cuidados de enfermagem prestados pelos alunos de enfermagem em estágio, contribuíram para a melhoria da saúde e bem-estar dos idosos.

Estruturaremos este trabalho em duas partes onde se englobam quatro capítulos.

A primeira parte, que constituirá a fundamentação teórica considerada necessária e pertinente para este estudo, compreende dois capítulos.

No primeiro, que denominamos *“Envelhecimento da população e recursos da comunidade”* faremos uma abordagem genérica da problemática do envelhecimento da população, focando alguns aspectos demográficos, a delimitação do conceito de idoso e aspectos relacionados com a situação social dos idosos focando em especial os mecanismos de apoio social aos mesmos, incidindo mais profundamente nos apoios formais e dentro destes os lares para idosos. Por fim referir-nos-emos ao sucesso / insucesso do envelhecimento,

considerando alguns aspectos psicológicos e a importância do controlo do meio para o bem estar psicológico dos idosos.

No segundo capítulo, *“Enfermagem e os cuidados aos Idosos”*, abordamos os aspectos que nos parecem mais relevantes no sentido de melhor se perceber a importância desses cuidados e as linhas que orientam a formação dos enfermeiros nos cuidados aos idosos, focando os seguintes assuntos: 1) a importância dos cuidados de enfermagem aos idosos, 2) a evolução da formação em enfermagem, no que se refere aos cuidados gerontológicos/geriátricos e 3) a prática de cuidados de enfermagem em lares de idosos.

A segunda parte, constituída por dois capítulos, é dedicada à investigação que realizaremos sobre o bem estar dos idosos institucionalizados e os contributos dos cuidados de enfermagem para esse bem estar.

No primeiro capítulo, apresentamos a finalidade e os objectivos do estudo, bem como as opções metodológicas no que se refere especificamente ao tipo de estudo, local de realização, população, recolha de informação, etapas do estudo e a metodologia utilizada para tratamento da informação.

No segundo capítulo, efectuamos a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos neste estudo.

Seguidamente, apresentaremos as suas conclusões. Não pretendendo encontrar respostas definitivas e absolutas, queremos sim, que a reflexão seja aperfeiçoada pela partilha e por outros estudos que se possam seguir. Se este resultado for alcançado daremos por feliz todo o trabalho desenvolvido.

Por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste trabalho.

PRIMEIRA PARTE

Fundamentação teórica

Na primeira parte deste trabalho, faremos uma abordagem sobre questões do envelhecimento da população e os recursos de apoio comunitário, bem como uma reflexão sobre a enfermagem e os cuidados aos idosos.

CAPITULO I - ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E RECURSOS DA COMUNIDADE.

Neste capítulo, fazemos referência essencialmente às questões demográficas condicionantes do envelhecimento, ao conceito de idoso, bem como à situação social dos idosos e os meios de apoio comunitário disponíveis com interesse para o nosso estudo.

1 - Envelhecimento Demográfico.

Na Europa e nos países industrializados em geral, a temática do envelhecimento tem vindo a assumir particular importância. O interesse crescente por esta temática deve-se fundamentalmente ao envelhecimento demográfico (Mirada, 1996; Paúl, 1997; Costa, 1999).

O envelhecimento de uma população traduz-se pelo aumento relativo do número de pessoas idosas em relação ao conjunto da população (Berger, 1995).

O aumento da proporção de idosos na sociedade é um processo que tem vindo a desenvolver-se desde a Pré-História. Mas o número de indivíduos idosos aumentou com a sedentarização, o aparecimento da agricultura, o desenvolvimento das cidades e das sociedades estruturadas. O modo de vida de caçadores recoletores não podia favorecer a longevidade.

A protecção oferecida pelas sociedades sedentarizadas favoreceu a sobrevivência de indivíduos idosos. A partir do neolítico, as pessoas de idade avançada começaram a aparecer, lentamente e progressivamente, em ritmo mais acelerado (Robert, 1995).

No entanto, o impacto do aumento da proporção de idosos só se faz notar a partir da segunda metade do século XX e, por esse facto, este é um fenómeno relativamente recente (Hall et al 1993).

A melhoria das condições de vida, no que se refere especificamente à alimentação, às melhores condições de habitação e do meio ambiente em geral, a melhoria da saúde pública, incluindo a educação e a promoção da saúde, o controlo das doenças infecciosas e os avanços da medicina, permitiram um aumento espectacular da esperança de vida nas últimas décadas (Hall et al 1993; Cristóvão, 1997).

Para Nazareth (1993), o aumento da população idosa não se deve ao aumento da esperança de vida, mas sim à diminuição da taxa de natalidade, opinião também partilhada por Hall et al (1993); Belsky (1996); Paúl (1997).

Em termos demográficos, há dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro ocorre quando a percentagem de jovens diminui de forma a que a pirâmide de idades começa a estreitar na base. O envelhecimento no topo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta fazendo alargar a parte superior da pirâmide.

No dizer de Amado (1992), as populações atravessam vários estadios, designados por "*transição epidemiológica*", que representam a passagem de um período de alta mortalidade / alta natalidade para um período de baixa mortalidade / baixa natalidade e, assim, de uma baixa para uma alta proporção de idosos.

A situação a que se chegou de baixos níveis de fecundidade, vai fazer com que no futuro seja efectivamente o aumento da esperança de vida a principal causa do processo de envelhecimento demográfico (Nazareth, 1993). A taxa de fecundidade, ou seja, a média de filhos por mulher em idade fértil, dos 15 aos cerca de 45 anos era em 1994, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgados pela Direcção Geral da Saúde (1998), 1,44 em Portugal, 1,3 na Alemanha e 1,2 em Itália. Estes países, caminham, assim, para a não reposição da população (Costa, 1999).

Alguns autores questionam também, se as gerações nascidas na segunda metade do século XX, confrontadas com problemas de poluição, medicamentos ou

problemas com a qualidade alimentar, serão tão resistentes quanto as gerações que hoje têm mais de 65 anos, o que poderá vir, segundo estes autores, a estabilizar ou a inverter as previsões de evolução demográfica (Nazareth, 1994).

Para além destas duas variáveis (diminuição da taxa de natalidade e aumento da esperança de vida), também os fenómenos migratórios podem condicionar o envelhecimento das populações. Este factor, no entender de Paúl (1997), contribuiu significativamente para o envelhecimento da população do nosso país.

Não se verifica em Portugal uma situação muito diferente dos restantes países mais desenvolvidos da Europa. Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (1998), 14,7% da população portuguesa tem 65 ou mais anos, percentagem esta que é substancialmente superior nas regiões do Interior e Alentejo. Nas previsões de Cabrillo (1992), esta percentagem será em 2010 de 17,6%. As estatísticas sobre a esperança de vida colocam em evidência duas realidades da população idosa: uma forte feminização, e o número crescente de idosos muito idosos (INE, 1998).

Os cidadãos idosos constituem, nos países desenvolvidos um grupo com muito poder social, pelo seu número, cultural, pelos seus conhecimentos, interventivo pela sua disponibilidade, económico, pelos seus consumos, político pelos seus votos e ético pelo seu descomprometimento (Ramos, 1993; Lessa, 1993; Pimentel 2001).

As consequências sociais destas realidades são consideráveis, principalmente para as pessoas idosas.

2 - O Conceito de Idoso

Envelhecer significa “crescer em anos”, “tornar-se mais velho” e, sob este ponto de vista o conceito é universal.

A velhice fará sempre parte do destino biológico do homem. Mesmo não existindo ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o início do envelhecimento, este traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida (Costa, 1998).

São muitas as tentativas de explicar o processo de envelhecimento (*“teorias do envelhecimento”*); umas tentam uma explicação baseada na biologia como a teoria imunitária, segundo a qual o envelhecimento resultaria da formação de anticorpos que atacariam as células sãs do organismo. Ou seja, a disfunção gradual, ou a falha do sistema imunitário é que originaria o envelhecimento. A teoria genética defende que no ser humano o envelhecimento é a última etapa de um processo geneticamente definido e orientado. Segundo a teoria do erro da síntese proteica, as alterações na molécula do ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes, sendo estas responsáveis pelo envelhecimento. Para a teoria do desgaste, o organismo humano funciona como uma máquina cujos diferentes componentes se degradam com o uso. Este desgaste provoca anomalias, advindo daí os efeitos visíveis do envelhecimento. Os defensores da teoria dos radicais livres acreditam que o envelhecimento e a morte celular resultam dos efeitos adversos provocados pela formação de radicais livres. O efeito cumulativo deste fenómeno acaba por diminuir a vitalidade das células e dos tecidos (Berger, 1995; Robert, 1995).

Existem ainda as teorias que tentam explicar o envelhecimento psicológico e social, e que passamos a caracterizar. A teoria da actividade defende que os idosos devem manter-se activos, afim de obter na vida a maior satisfação possível, conservando a saúde e mantendo a auto-estima. A descoberta de novos papéis é fundamental para um envelhecimento bem sucedido. A teoria da desinserção ou desligamento demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. Para a teoria da continuidade, o idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte da sua personalidade (Lemon citado por Berger, 1995). Este assunto será retomado mais adiante.

Como vimos são várias as explicações para o envelhecimento, no entanto, todas as teorias convergem genericamente num aspecto: o envelhecimento é substancialmente influenciado pela nutrição, estilo de vida e ambiente.

A idade não é o único factor que explica as dificuldades da pessoa que envelhece. Não se podem considerar os idosos como um grupo homogéneo, pois tal afirmação não tem qualquer significado científico ou sociológico. Envelhecer é um processo dinâmico, normalmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que nos parece ser a justificação para a denominação dos idosos como “grupo heterogéneo” (Paillat, 1996 citado por Costa, 1998, p.50).

Se a natureza exacta da influência dos factores biológicos, psicológicos e sociais se mantém em discussão, não temos dúvidas de que cada idoso é dotado de uma identidade própria que devemos respeitar.

Através dos tempos, houve várias formas de encarar a velhice, que dependia fundamentalmente dos interesses gerais da comunidade, nesse momento. A atitude para com os idosos tanto se verificou ser de respeito, devido à sua sabedoria e conselhos, como de rejeição, pois, representavam perda de energia da comunidade.

Nómadas e Esquimós abandonam os idosos pela incapacidade de sobrevivência em condições adversas, enquanto que os Haidas (povo ameríndio do Canadá) respeitam bastante os seus idosos de ambos os sexos, que são sistematicamente protegidos pelos seus parentes (Ramos, 1993).

Podemos encontrar nas sociedades ocidentais alguns comportamentos que nos evocam esses Nómadas e Esquimós.

As sociedades que respeitam os mais velhos, são aquelas que lhes atribuem um papel, como acontece entre os Baruya (povo da Nova Guiné), *“pois são sempre os anciãos os homens mais importantes da sociedade, porque possuem os saberes, técnicas ou objectos necessários para continuidade social”* (Lima e Viegas, 1988, p. 150).

Também entre nós, quando a maioria da população se dedicava à agricultura, não havia problemas de reforma ou perda de papel social, o idoso ia diminuindo progressivamente o trabalho, ajudando os filhos o mais tempo possível. Na aldeia era considerado um sábio, que se podia consultar para problemas difíceis (Cristóvão, 1997; Costa, 1998).

Podemos também verificar, que nas classes económica e culturalmente mais favorecidas, se assiste à manutenção do estatuto adquirido durante a vida activa.

A forma como uma pessoa envelhece, tem a ver com a forma como se desenvolveu, o que significa que a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece; o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento (Birren e Cunningham, 1985 citados por Paúl, 1997).

O envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, representativos geneticamente e a viver em condições ambientais representativas, à medida que a idade cronológica avança (Birren citado por Paúl, 1997; Costa, 1998).

Idoso, segundo a Dicionária 99, é aquele que já viveu muito tempo, “tem muita idade, é velho”. Envelhecer pode ser, por isso, tornar-se idoso, mostrar sinais da passagem dos anos. Esta definição traduz uma perspectiva dinâmica, ou seja, de passagem de uma fase prévia para outra posterior e que na perspectiva de Costa (1998, p. 49), pode ser analisada em quatro perspectivas:

- **Idade cronológica:** *“determinada pelo calendário, pelo passar do tempo, pelos ponteiros do relógio”;*
- **Idade biológica:** *“definida como a posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida e que pode não coincidir com a idade cronológica. A sua apreciação implica avaliação das capacidades funcionais e vitais do organismo”;*

- **Idade social:** *“refere-se aos papéis e hábitos dos indivíduos em relação com o seu grupo social. Avalia-se por padrões de comportamento como o vestir, andar, desempenhar funções sociais”;*
- **Idade psicológica:** *“relaciona-se com as capacidades dos indivíduos em se adaptarem ao meio ambiente. Envolve o uso de capacidades adaptativas como a memória, a aprendizagem, a inteligência, a motivação, os sentimentos”*

Nesta mesma ordem de ideias, podemos considerar que o envelhecimento tem três componentes: 1) processo de envelhecimento biológico, resultado do aumento crescente da vulnerabilidade e maior proximidade da morte; 2) o envelhecimento social que diz respeito aos papéis sociais e vinculado às expectativas da sociedade para esta faixa etária; e 3) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação da pessoa no seu ambiente, pela capacidade para a tomada de decisões e opções adaptando-se ao processo de envelhecimento (Schroots, 1980 in Paúl, 1997; Pimentel, 2001).

Townsend, citado por Costa (1998), considera que o envelhecimento deve ser entendido como a passagem de um papel fundamentalmente profissional para um papel familiar. O idoso teria uma função de ajuda e colaboração, e não tanto a função tradicional de transmissão do seu saber e experiência às gerações mais novas.

Outros autores defendem que idoso deve definir-se não em relação ao trabalho, mas sim em relação ao conceito de competência social.

O envelhecimento não é o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas o resultado da nossa hereditariedade, o meio físico e social no qual se exprimem as predisposições genéticas e também, no caso do homem, as interferências do pensamento e escolha (Birren, 1985).

A noção de velhice, surge assim, duma construção social conforme cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, advindo daí a dificuldade em

definir velhice na medida em que decorre de uma diversidade cultural e histórica indissociáveis (Lima e Viegas, 1988; Pimentel, 2001).

Certamente que as definições de envelhecimento e idoso continuarão a evoluir com o conhecimento, mas o que se manterá é que a sua utilização implica relação com o tempo (Costa, 1998).

O tempo cronológico assume cada vez mais importância nas sociedades industrializadas, visto a idade para a reforma ser por ele determinado, contudo não tem havido consenso no que se entende objectivamente por idoso. Até porque, hoje as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões que não têm a ver com a idade (desemprego, incapacidade, reforma antecipada), tornando difícil definir quem é idoso (Pimentel, 2001).

Numa tentativa de uniformizar critérios a Organização Mundial de Saúde, convencionou que, independentemente do estado de saúde e do sexo, idoso é todo o indivíduo com 65 ou mais anos (Cristóvão, 1997; Costa, 1998). Apesar das limitações, esta será a nossa referência para o conceito de idoso.

3 - Idosos: Contexto Social

Num contexto de desvalorização dos idosos, por oposição aos valores dos mais jovens, caracterizados pela beleza, força física e acção, leva a que se veja o envelhecimento como uma espécie de doença. Se alimentarmos a ideia de que os idosos são inúteis e improdutivos, constituindo um encargo para os mais jovens, estaremos seguramente a contribuir para o aprofundar das incompatibilidades entre gerações.

A questão de fundo não nos parece ser a distribuição da despesa pública, mas sim a integração dos idosos na sociedade, onde podem e devem desempenhar uma função, e isto não tem que significar uma carga para as gerações mais jovens.

Na opinião de Pimentel (2001) um dos factores que contribui para o agravamento dos problemas dos idosos no nossos dias são as questões referentes à *“alteração das relações sociais”*.

A perda de importância das relações de comunidade e de vizinhança, a que assistimos nos nossos dias dificulta, principalmente nos meios urbanos, a manutenção e reprodução de modos de vida associados e de solidariedade baseadas no parentesco e na ancoragem. *“O individualismo e a forma impessoal como os indivíduos se relacionam tendem a enfraquecer as formas de sociabilidade ligadas à solidariedade de proximidade”* (Pimental, 2001, p. 83).

Nas sociedades “tradicionais” existia uma rede de interacção que era suficientemente forte, garantindo um apoio efectivo aos membros que dele necessitassem, principalmente os idosos. Ainda hoje encontramos em alguns contextos, rurais por exemplo, formas de solidariedade com base nas relações comunitárias. Na opinião de Hespanha (1993) estas formas de solidariedade são cada vez menos observadas.

Pimentel (2001) citando Kellerhals (1989) refere que a reorganização da família no interior da casa, *“privatização da vida familiar”*, leva a uma diminuição dos contactos com a comunidade em que está inserido, levando inevitavelmente a uma diminuição de trocas afectivas e de interacção fora do núcleo familiar. Assim sendo, esta sobrevalorização do espaço privado, leva a que as pessoas que vivem sós, enfrentem situações críticas de isolamento. Os idosos são, neste contexto, os mais afectados. Dados do INE (1999), referem que das famílias unipessoais, existentes em 1991, 55,5% eram constituídas por pessoas com 65 anos ou mais, na sua maioria mulheres.

O isolamento agrava significativamente os problemas das pessoas idosas, que são as principais afectadas pela falta de suporte relacional.

Um outro aspecto que nos permite visualizar melhor o enquadramento e as condicionantes do idoso na sociedade actual, é a *“alteração das fontes e das*

formas de conhecimento”, principalmente nas sociedades ocidentais (Pimentel, 2001). As pessoas idosas sentem-se ultrapassadas pelas alterações do seu ambiente. A evolução da história foi mais rápida do que a sua vida, levando ao não reconhecimento do mundo dos seus filhos e netos. A continuidade da cultura que era o elo de ligação entre as gerações foi rompida.

A evolução rápida do conhecimento tem-se também reflectido no mundo do trabalho, levando cada vez mais cedo pessoas para a inactividade precoce (despedimentos, reforma antecipada). Se bem que a reconversão e adaptação do trabalhador mais idoso seja possível, implica no entanto mais tempo e investimento em formação, o que contraria a lógica dominante do lucro.

O estatuto social do idoso é assim desvalorizado, ninguém quer ser velho porque não oferece nenhuma vantagem (Cabrillo e Cachafeiro, 1992).

Ser idoso não deveria ser um facto negativo ou constituir preocupação. Só porque se envelhece não se perdem necessariamente as capacidades e os saberes que, como refere Pimentel (2001, p. 60), *“podem ser preciosas numa sociedade em transformação”*.

Encontrar as formas mais adequadas de adaptação à mudança social, parece ser o melhor caminho para uma adequação / reapreciação das qualidades e do potencial dos idosos nas sociedades actuais.

Segundo o relatório do quarto exame e avaliação da execução do plano de acção internacional sobre o envelhecimento elaborado pelas Nações Unidas (1998), o desenvolvimento permanente da pessoa deve ser abordado numa perspectiva de alteração do plano de vida. Por exemplo o plano de vida da era industrial, que compreendia três etapas sucessivas - escolaridade na juventude, o trabalho na idade adulta, e a reforma na velhice - é inadequado numa época em que se requer a educação permanente, flexibilidade no trabalho, e uma velhice activa com independência e autosuficiência económica. O novo plano de vida que se perfila compreende educação e trabalho, combinados em diferentes proporções nas

distintas fases da vida da pessoa e dará seguramente lugar a novos programas e políticas.

3.1 - Ideias preconcebidas sobre os idosos

A velhice pode ser encarada por muitos de forma positiva, significando uma oportunidade para desenvolver novas actividades, ou interesses antigos que as responsabilidades familiares e o trabalho não permitiram realizar. No entanto, mesmo quando existem projectos para o futuro e se pretende continuar a ter um papel activo na sociedade, surgem algumas barreiras resultantes fundamentalmente das representações colectivas que alimentam estereótipos e mitos acerca do envelhecimento dos idosos e das limitações que se presume lhes estão associadas (Pimentel, 2001).

Antes de continuar, parece-nos importante definir e identificar as diferenças entre mitos, estereótipos e atitudes.

Atitude é, segundo Berger (1995), um conjunto de juízo que leva a um comportamento. A atitude pode ser positiva ou negativa e desenvolve-se a partir da nossa experiência e das informações que temos sobre pessoas ou grupos de pessoas.

Mito é, segundo a Dicionária 99, uma *“Elaboração do espírito essencialmente imaginativa; representação falsa, mas geralmente admitida por todos os membros de um grupo”*. É uma representação simbólica.

Devido ao desconhecimento que temos sobre o processo de envelhecimento, os mitos que mantemos sobre os idosos são numerosos. Os mitos escondem muitas vezes a hostilidade, e utilizados em excesso, impedem que se estabeleçam contactos verdadeiros com os idosos (Berger, 1995).

Estereótipo, palavra que deriva do grego *“stereós,”* «Sólido» + *“Týpos,”* «Molde», é uma opinião preconcebida e comum que se impõe aos membros de uma colectividade (Dicionária 99, 1999). Tratando-se de uma percepção automática,

não adaptada à situação, reproduzida sem variantes segundo determinado padrão, pode ser positivo ou negativo.

Na opinião de Berger (1995), após a industrialização, na nossa sociedade, os estereótipos referentes aos idosos são sobretudo negativos.

As ideias preconcebidas que existem sobre os idosos e a forma como essas ideias condicionam a maneira de ser e estar dos próprios idosos tem sido objecto de várias reflexões e estudos.

Paúl (1997) alerta para aquilo a que chama a *“biomedicalização do envelhecimento”* que significa o encarar a velhice como uma espécie de doença. A mesma autora, citando Binney (1989) coloca precisamente em causa a biomedicalização do envelhecimento, por se relacionar com uma construção social e uma prática do envelhecimento, como um problema médico. Ao igualizar o envelhecimento a uma doença levou-se a sociedade a considerá-lo como anormal ou patológico. Esta visão de envelhecimento condiciona as atitudes das pessoas, em relação a si próprias e dos outros em relação a si, dada a indesejabilidade da doença. As expectativas ligadas a esta perspectiva levam, na opinião de Paúl (1997), a comportamentos de afastamento, redução da actividade, aumento da dependência, falta de eficácia e controlo. Para o modelo biomédico, o “envelhecimento normal” inclui uma vertente individualista baseada na relação médico doente, desprezando os factores sociais e ambientais mais abrangentes, tentando resolver o problema ou a situação daquele indivíduo, normalmente recorrendo a medicamentos ou institucionalização.

Não questionamos os méritos nem o lugar que a biomedicina ocupa para a saúde e bem estar das pessoas, mas, para bem dos idosos e dos que envelhecerão é necessário resistir à biomedicalização do envelhecimento (Binney, 1989, citado por Paúl, 1997).

Associado a esta imagem de perda de capacidades e doença, surge o mito da improdutividade. Afirmar que o idoso não é capaz de trabalhar, de ser criativo e de

dar um contributo positivo para a sociedade limita o seu espaço de acção e agrava situações de dependência. Berger (1995) refere estudos que tendem a demonstrar que os trabalhadores idosos tem uma taxa de absentismo menor, têm menos acidentes e um rendimento mais constante, o que contraria de certa forma a ideia de improdutividade.

Um outro mito é o da assexualização, é um preconceito comum o de que o idoso perde o interesse e a capacidade para uma vida sexual activa. No entanto, o interesse e a actividade sexual mantêm-se, assim como a necessidade de afecto e companhia. A repressão e repressão social da sexualidade, em particular nos idosos, inibe os próprios de a expressarem livremente. Esta situação é particularmente delicada nos lares onde não há grandes oportunidades para desenvolver esta faceta fundamental ao equilíbrio emocional e psíquico (Berger, 1995 ; Pimentel, 2001).

Uma outra atitude discriminatória em relação aos idosos é a infantilização, muito comum nas instituições de idosos. Esta atitude é particularmente grave quando os idosos estão a perder a sua autonomia e a sua dependência é grande. A infantilização manifesta-se normalmente pelo tratamento por tu, pela simplificação demasiada das actividades sociais ou recreativas e pela organização de programas e actividades que não correspondem às necessidades das pessoas, às suas capacidades e aos seus desejos. A infantilização tem que, na óptica de Berger (1995), ser combatida a todo o custo pois diminui as hipóteses do idoso atingir uma melhor qualidade de vida.

A presença destas e de outras ideias preconcebidas sobre o envelhecimento e os idosos, impedem a procura de soluções precisas para os problemas das pessoas da terceira idade e de encontrar as medidas adequadas. É necessário uma reacção social rápida no sentido de modificar as atitudes em relação ao envelhecimento. *“Acreditar que se vai modificar alguma coisa no envelhecimento, sem mudar nada no tipo de sociedade em que eles vivem, é ilógico”* (Berger, 1995, p. 64).

3.2 - O apoio comunitário

Neste contexto social e demográfico são colocados à sociedade uma série de problemas e desafios que necessitam de resolução e orientação. Ao aumento da longevidade, não corresponde ainda um aumento satisfatório da qualidade de vida (Paúl, 1994; Barreto, 2000). Esta realidade pode dever-se ao facto de vivermos numa sociedade que não valoriza o papel social dos idosos, colocando-os à margem do sistema, como vimos anteriormente. *“Os povos que não respeitam os idosos, destroem a sua própria identidade”* (Grande, 1994, p. 6), pois isto significa o não reconhecimento da sua própria memória como povo.

Sabemos que a necessidade de ajuda dos idosos aumenta progressivamente com o avançar da idade, principalmente nos idosos pertencentes a grupos mais vulneráveis. Referimos grupos de idosos mais vulneráveis, porque a condição de ser idoso, por si só, não nos pode levar a pensar em população de risco, seja do ponto de vista social, seja do ponto de vista psicológico.

A condição de vulnerabilidade surge ligada à condição de pobreza e de exclusão social, entendida como um processo que leva ao afastamento progressivo e cada vez mais grave das pessoas e do estilo de vida corrente na sociedade.

Frequentemente, a exclusão deve-se à falta de recursos económicos, sendo neste caso designada por pobreza. Pimentel (2001) refere um estudo realizado em Portugal onde se afirma que 47% dos agregados pobres eram representados por idosos.

As carências e privações dos idosos vão muito além das económicas; são afectivas, relacionais, psicológicas, de convivência. Barreto (2000 p. 38) ao referir-se a este conjunto de necessidades dos idosos, afirma que *“... são cada vez mais os idosos que deixam a casa da família, vivem sozinhos, residem em lares, arrastam-se por hospitais e casa de saúde, enfim, morrem sozinhos. Felizes os que não duram o suficiente para perceberem o fardo que são”*. Na perspectiva de Barreto (2000), de todos os progressos que conhecemos no último século,

culturais, políticos, sanitários, tecnológicos e de bem estar, apenas no caso dos idosos, conhecemos mais regressos e crueldade do que progressos.

Esta perspectiva, baseia-se provavelmente no facto de que a sociedade actual, como referimos anteriormente, não está organizada para aqueles que já cumpriram o seu tempo e os seus deveres, para quem já rendeu e produziu. Para estes, os poderes e a família preparam instituições e mecanismos capazes, não de lhes dar o que precisam, mas de lhes fornecer aquilo de que nós precisamos, ver os idosos à distância, sozinhos ou em lares.

Assim sendo, é necessário a implementação de uma política de terceira idade, digna de uma sociedade moderna, que valorize e respeite os seus membros mais idosos, pois como refere Grande, *“Desconhecer, desperdiçar ou subestimar a experiência e a sabedoria dos idosos é um sinal de falta de qualidade colectiva, que infelizmente transfixa a sociedade portuguesa”* (1994, p. 6). Parece-nos, por isso, necessário re-equacionar toda a política dos diferentes sectores desde a da família, às culturais, do trabalho, saúde e habitação, sem esquecer as redes de suporte de cuidados aos idosos.

São necessários projectos de apoio aos idosos e famílias, estejam eles onde estiverem, de forma a proporcionar-lhes a melhor qualidade de vida possível (Star et al, 1997).

O apoio comunitário aos idosos exige a organização de respostas de qualidade que tenham em consideração cada pessoa na sua individualidade, nos seus costumes, nas suas crenças nos seus desejos e nas suas expectativas, respeitando os seus direitos e não se substituindo nas suas decisões (Cadete, 1993).

Cadete (1993), enunciou quatro princípios que devem ser orientadores do apoio à população idosa que são:

1. Manter no domicílio pelo máximo tempo;
2. Institucionalizar o mínimo possível, e o mais tarde possível;

3. Humanizar os serviços;
4. Articular as acções inter-serviços.

Também a 102ª Convenção da Comunidade Europeia (CE) determinou como prioridade o auxílio aos idosos no seu ambiente habitacional (Costa, 1998 p. 59).

Campos, citado por Costa (1998), refere que a institucionalização do idoso é o mais caro e traumatizante dos processos de resolução dos problemas dos idosos. Uma visão diferente tem Jardim (1995, p. 28) (Associação Portuguesa de Consultores Seniores), que afirma ter uma “ *opinião completamente a favor dos centros de acolhimento integral para idosos, vulgo lar, onde eles se possam albergar*”. Esta opinião provavelmente está a reconhecer algumas limitações de outras formas de apoio a idosos. Ou será que as pessoas idosas têm uma visão diferente de bem - estar?

Não deve haver, na opinião de Cadete (1993), normas rígidas para a criação de respostas, mas sim modelos base que sirvam de orientação a programas que respeitem, como referimos anteriormente, a individualidade de cada pessoa idosa.

Existem no entanto alguns objectivos que devem resultar dos cuidados prestados aos idosos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994) adoptou as seguintes para a Europa:

- Prevenir a perda de aptidões funcionais;
- Manter a qualidade de vida;
- Manter o idoso no lugar que deseja;
- Dar suporte à família;
- Proporcionar assistência de qualidade;
- Contribuir para que o idoso morra tranquilamente.

Estes devem ser na nossa opinião os objectivos dos que prestam apoio a idosos. Não podemos deixar de referir os princípios da Assembleia Geral das Nações Unidas a favor da pessoa idosa (1991), que no seu artigo 14 afirma a “....

possibilidade de desfrutarem dos direitos humanos fundamentais...” com pleno respeito pela sua dignidade, religião, necessidades e intimidade, assim como a tomada de decisão sobre assuntos que respeitem à sua qualidade de vida (Jardim, 1995 p. 28).

Este princípio implica naturalmente a liberdade física de se deslocarem para onde quiserem, de escolherem onde querem estar e de fazerem o que mais gostam.

Será que os recursos disponíveis de apoio a idosos respeitam estes princípios?

De seguida faremos uma discussão sobre as diferentes redes sociais de apoio ao idoso. Vamos centrar a discussão apenas em recursos que se enquadram no âmbito das redes formais, uma vez que será aqui que se desenvolverá o nosso estudo.

Tentaremos identificar que contributo fornecem para a concretização dos objectivos enunciados anteriormente, no sentido de perceber o seu papel no bem estar dos idosos.

É um tema que nos envolve a todos enquanto elementos da sociedade e solidários, e a alguns de nós enquanto intervenientes em serviços de apoio formal a idosos.

A família continua a ser o principal suporte prestador de cuidados aos seus parentes idosos (Star et al, 1997). O dever de cuidar dos idosos, resultado do dever de respeito e dos laços de afecto, constitui uma das manifestações mais típicas das normas de convivência colectiva emanadas da sociedade rural (Hespanha, 1993). Também, e como refere o relatório da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (1992, p.31), *“a orientação política actual afirma a importância da família como instituição privilegiada para a integração social do idoso...”*. No entanto, no contexto de mudança da sociedade contemporânea, as novas formas de família, que poderíamos considerar em alguns casos como famílias de risco, exigem um sistema de suporte formal adequado (Quaresma,

1988). Por outro lado, temos idosos que vivem sós, por vezes em situação de abandono e solidão e os que são maltratados pelos seus familiares (Paúl, 1994). Para responder a estas necessidades específicas das pessoas consideradas de idade avançada surgem, a partir de meados do século XIX, as primeiras instituições, os asilos.

No entender de Pimentel (2001), o pacto existente entre gerações nas sociedades tradicionais em que os adultos investiam nos seus filhos, na expectativa que estes os apoiassem quando precisassem, não desaparece nas sociedades industrializadas, mas passa por um processo de despersonalização. Através do financiamento (quase sempre indirecto) das instituições e serviços, o pacto mantém-se, pois, os que pagam pertencem a uma geração diferente dos que usufruem. Esta delegação de responsabilidades nas instituições é custeada pelas gerações mais jovens.

O Estado, ao assumir-se como o principal promotor do bem-estar social, disponibilizando fundos, deu origem a estruturas que definiram a sua actividade através desta posição intermediária entre gerações (Paúl, 1997; Pimentel, 2001). Verifica-se que com o objectivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, principalmente daquelas em que as redes de solidariedade primária são inexistentes, ineficientes ou prejudiciais, tem surgido um conjunto de serviços e equipamentos de forma a abranger diferentes necessidades e carências.

Os Lares de Terceira Idade são o recurso com maior implantação. Aliás, a institucionalização foi, durante muito tempo, o único recurso formal. No entanto, dado as implicações deste recurso, que abordaremos posteriormente, têm sido criados um conjunto de serviços de implementação na comunidade denominados serviços de proximidade (Pimentel 2001).

Importa salientar as medidas e as respostas concretas de maior proximidade, no sentido de facilitar o dia a dia dos idosos e das suas famílias e de proporcionar um conjunto de serviços comunitários ou domiciliários que evitam ou retardam a institucionalização (Belsky, 1996; Pimentel 2001). Assim, lares, centros de dia,

centros de convívio, serviços de apoio domiciliário, acolhimento familiar, assistência de substituição apresentam uma evolução significativa (Belsky, 1996; Costa, 1998; Pimentel, 2001).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (1999, p. 20) 97,5% da população idosa vive com a família e 2,5% em instituições; esta percentagem de idosos institucionalizados contraria o que normalmente consta em termos de opinião pública. No entanto a procura é consideravelmente superior à oferta e as listas de espera nos lares são extensas (Associação para a Defesa do Consumidor (DECO), 1997). A resposta de outros serviços deixa também muito a desejar, apesar da sua diversidade; por um lado ainda são desconhecidos e, por outro, a sua eficácia depende dos familiares, vizinhos ou amigos e do grau de autonomia do próprio idoso (Pimentel, 2001).

Torna-se evidente a necessidade de articulação e complementaridade exigida pelos serviços de proximidade, nomeadamente com os serviços de saúde em cuidados especializados, que permitam manter o idoso no seu domicílio e com a família, que são os cuidadores mais naturais.

Acontece que os cuidadores informais são muito marginalizados pelas políticas geronto-sociais, facto reconhecido pelo Conselho Económico e Social (1994) ao referir que a política dos Estados membros da União Europeia não estimula nem recompensa o envolvimento dos agentes informais.

Têm surgido um número significativo de serviços que visam garantir o bem estar das pessoas idosas nomeadamente:

- Criação da Comissão Nacional para a 3ª Idade, por Resolução N.º 15/88 do Conselho de Ministros;
- Programa de luta contra a pobreza;
- Criação do ano Europeu do Idosos em 1993;
- Legislação sobre famílias de acolhimento.

A comemoração do Ano Internacional da Pessoa Idosa em 1999 veio dar, de certa maneira, um novo impulso e outra visibilidade às questões relacionadas com os idosos. Passamos a referir alguns destes apoios formais, principalmente os que nos parecem mais importantes e abrangentes, são eles: 1) assistência domiciliária, 2) centros de dia, 3) assistência de substituição, 4) serviços especializados e 5) lares.

3.2.1 - Assistência domiciliária.

A assistência domiciliária é a alternativa mais conhecida ao ingresso numa residência de idosos. É constituída por uma série de serviços, que deve incluir: apoio de enfermagem, médico, tarefas domésticas e outras (Belsky, 1996). Para Pimentel (2001) a assistência domiciliária é uma forma de apoio organizada, em articulação com outras instituições, prestando serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da família e que inclui refeições, higiene pessoal e da habitação, acompanhamento aos serviços de saúde entre outras. Trata-se de um serviço que procura valorizar a perspectiva social em detrimento de uma perspectiva que valoriza exclusivamente a manutenção de cuidados de saúde, dando pouca importância à dimensão social da pessoa.

Genericamente, a assistência domiciliária é mais apropriada para idosos com incapacidade moderada e que não podem contar com a colaboração de familiares.

Deverá ser garantida a prestação de cuidados 24 horas por dia, por um grupo multiprofissional (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, ajudantes familiares) que funcionem numa perfeita articulação das suas competências específicas, tentando incluir o idoso, bem como os seus familiares e ou outras pessoas importantes para ele.

Um dos obstáculos da assistência domiciliária são os seus custos, para além da carência de recursos técnicos e humanos . Na opinião de Belsky (1996) a assistência domiciliária só pode ser uma verdadeira alternativa para indivíduos

que necessitem de ajuda mínima, para os que tenham uma situação económica ou seguros que permitam uma assistência mais extensa.

Investigações canadianas confirmaram que a assistência domiciliária financiada pelo governo, não é capaz de atender as necessidades dos idosos com algum tipo de incapacidade crónica. Em média, só se proporcionavam duas horas por semana de assistência aos idosos que dela necessitavam (Biland, 1986 citado por Belsky, 1996). Pelo que conhecemos, em Portugal a situação não será muito diferente.

Será que uma assistência nestes moldes evita a institucionalização ? Será que estes idosos tem melhor qualidade de vida que os idosos institucionalizados ?

Um estudo efectuado por Santos (1995), refere que os idosos no domicílio ou que frequentam centros de dia têm melhor qualidade de vida do que os residentes em lar, pelo menos no que se refere à depressão.

Programas desenvolvidos nos Estados Unidos, em que foram incluídos idosos com alguma incapacidade e que vivem na comunidade, concluíram que esses programas não diminuiriam a taxa de institucionalização comparada com grupos de controlo fora do projecto (Belsky, 1996).

No nosso país, estamos mais habituados a fazer ou a ver fazer “domicílios” actividade direccionada para a resolução parcial e pontual de alguns problemas exclusivamente biológicos das pessoas. Os “domicílios”, tal qual são definidos por Costa (1993), incluem apenas um conjunto de actividades com uma orientação exclusivamente reparadora.

A assistência domiciliária em Portugal está, na generalidade, longe de proporcionar aos idosos uma satisfação das suas necessidades mais afectadas. Resume-se a ajudas pontuais e específicas prestadas sem qualquer tipo de articulação dos diferentes profissionais envolvidos. Este tipo de apoio domiciliário

tem por objectivo tentar que o idoso não seja desinserido do seu meio e retirar parte da sobrecarga aos seus familiares (Rancon, 1995 citado por Belsky, 1996).

Esta realidade conduz a situações de abandono e negligência das pessoas idosas; são frequentes as situações em que o profissional encontra o idoso só, sem que lhe tenham sido prestados os cuidados de higiene mínimos; presta os cuidados, quase sempre curativos, porque os familiares deixaram a porta de casa aberta. Em situações de idosos que vivem sós, muitas vezes, é o próprio profissional, normalmente enfermeiro, que tem a chave de casa do idoso, porque este não se pode levantar ou descer as escadas para abrir a porta.

É necessário maior investimento do Estado em programas articulados e em períodos alargados, que permitam uma assistência efectiva aos idosos no seu domicílio (Belsky, 1996). Não quer dizer que a assistência domiciliária actual não contribua para melhorar a qualidade de vida e o estado anímico dos idosos, até porque se o apoio instrumental é importante, o carinho ou o simples convívio com uma pessoa que aparece regularmente não o é menos pois serve para “... *colmatar um pouco a solidão mortífera que os consome durante dias intermináveis*” (Paúl, 1996, p. 46). Não podemos, no entanto, deixar de colocar em questão os modelos utilizados hoje e o impacto económico que representa uma assistência domiciliária que cumpra na globalidade o seu principal objectivo, que é manter o idoso no seu “habitat” com qualidade.

3.2.2 - Centros de Dia

Os centros de dia, que estão cada vez mais disponíveis, são programas de apoio diurno a idosos que de alguma forma vêm a sua manutenção no domicílio comprometida (alterações físicas, psíquicas ou sociais) (Berger, 1995; Pimentel, 2001).

Apesar de existir uma variedade ampla de programas de assistência de dia, podem classificar-se em dois tipos básicos: 1) centros de dia de orientação biomédica que proporcionam reabilitação activa, estimulação social e de cuidados

de saúde, 2) a assistência social de dia oferece programas que proporcionam principalmente actividade e socialização a adultos idosos (Belsky, 1996).

Os defensores da assistência diurna destacam as suas vantagens em relação à assistência domiciliária: oferece um ambiente mais estimulante do que o idoso poderia ter “preso em casa”; pode ser mais rentável e diminuir os riscos de maus tratos pelo facto de o idoso ser assistido em ambiente social.

Reconhecendo as virtudes deste tipo de assistência, não podemos deixar de notar algumas desvantagens, como os horários fixos e a menor flexibilidade que o apoio domiciliário. Não pode ser utilizado em caso de doença aguda e poderá ser mais difícil convencer um idoso a deslocar-se ao centro de dia, conforme referem estudos citados por Belsky (1996).

3.2.3 - Assistência de Substituição

A assistência domiciliária e os centros de dia aligeiram a quantidade de trabalho dos familiares cuidadores, por outro lado, a sua abrangência e eficácia é limitada e se não existirem outras formas de apoio, o idoso passa muito do tempo sozinho e sem cuidados. O objectivo deste serviço comunitário, mais recente, é ajudar os cuidadores para manter os idosos fora das instituições e com os cuidados de que necessitam.

O indivíduo que periodicamente recebe este tipo de assistência é acolhido numa residência de idosos ou é atendido por um cuidador com formação no seu domicílio 24 horas por dia, de forma a que os familiares se libertem do tempo investido a cuidar do idoso (Belsky, 1996)

É de referir que sendo o menos disponível de todos os serviços comunitários, quando se pergunta aos cuidadores que tipo de ajuda mais necessitam, referem em primeiro lugar este tipo de apoio (Caserta, Lunde, 1987 citados por Belsky, 1996). Isto sugere que este tipo de serviço comunitário pode ser muito útil, quando os familiares estão completamente comprometidos em atender os seus idosos.

Pimentel (2001) refere que estes familiares sentem que abdicam de demasiadas coisas; ora, este tipo de apoio ao permitir intervalos na prestação de cuidados ao idoso, torna o trabalho dos cuidadores informais menos penoso e cansativo, sentindo-se mais mobilizados e empenhados. Contraria-se a ideia dominante, de que os apoios formais desresponsabilizam e desmobilizam os ajudantes informais, nomeadamente a família, se actuarem em complementaridade.

Este tipo de apoio comunitário, designado em Espanha como “assistência de respiro” (Belsky,1996), não está ainda disponível no nosso país (pelo menos para os idosos). Parece-nos que pode ser um instrumento útil para dar resposta ao que o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) (2001, p. 55) classificou como fenómeno de enfermagem: **“Stress do prestador de cuidados”** – *é um tipo de “coping” com as seguintes características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados* . Este tipo de serviço poderia melhorar substancialmente a qualidade de vida de muitos idosos assim como a das suas famílias e cumprir o objectivo de impedir ou retardar a institucionalização.

3.2.4 - Serviços Especializados

Existem, ainda, uma série de outros serviços, que utilizam fundamentalmente as mais recentes tecnologias de informação (comunicações telefónicas, telealarme, videotelefone, entre outros). A maioria destes Serviços são projectos piloto em fase de desenvolvimento e não é possível ainda, com segurança, garantir a sua eficácia. No entanto, tudo indica que podem vir a ser apoios de grande importância para os idosos e seus familiares, pois, proporcionam uma variedade apreciável de informação útil e transmitem segurança às pessoas (Belsky, 1996).

Tem como principais inconvenientes os custos económicos e as dificuldades de alguns idosos em utilizar os sistemas com tecnologia mais avançada, talvez por isso sejam ainda poucas as experiências entre nós.

3.2.5 - Lares

Apesar desta breve abordagem a algumas formas de apoio à população idosa, para o nosso estudo interessou-nos particularmente a realidade dos Lares.

O progressivo envelhecimento da população, com o crescimento notório do número de idosos muito idosos, as alterações da estrutura familiar, os idosos que vivem sós ou são maltratados, a desadaptação e degradação das habitações, a degradação da condição de saúde, acompanhado do facto dos apoios de proximidade continuarem a ser insuficientes, coloca os lares como peça fundamental do apoio social aos idosos (Belsky, 1996; Costa, 1999; Pimentel, 2001). Neste ponto, faremos uma apreciação global do que são os lares, ou lugares de idosos.

De acordo com a legislação portuguesa, lar de idosos é um estabelecimento que aloja e presta serviços, podendo acolher o mínimo de 4 e o máximo de 40 pessoas (Despacho Normativo 67/89 - Ministério do Emprego e Segurança Social, 1989). Para Pimentel (2001) é um equipamento destinado a acolher pessoas com mais de 60 anos que não possam continuar na sua própria casa. Podem fornecer alojamento, alimentação, cuidados médicos e de enfermagem e actividades recreativas.

Os lares são o resultado da evolução dos “asilos”, onde persistem ainda as características destes, principalmente porque as pessoas são retiradas do seu meio social e colocadas à volta de uma mesma finalidade com tempos previstos para as actividades, levando à incapacidade da criatividade que persiste (Costa,1999).

O peso do passado destas instituições reflecte-se ainda nos comportamentos e formas de estar dos idosos, no entanto, têm havido alguns progressos que segundo Paúl (1996) se prendem fundamentalmente com 1) lotação dos espaços; 2) a quantidade e qualidade dos serviços e 3) as normas de conduta. No que se refere à lotação, a redução substancial do número de idosos por camarata tem contribuído para a melhoria da sua qualidade de vida. O avanço nos serviços refere-se principalmente à alimentação, tratamento e lavagem das roupas, auxílio no asseio pessoal e alguns cuidados de saúde. As normas de conduta sofreram algumas alterações influenciadas, segundo a mesma autora, pela democratização iniciada com o 25 de Abril de 1974. Pode dizer-se que os idosos adquiriram liberdade: as saídas passaram, em alguns locais, a ser incentivadas; em muitos lares o horário das visitas deixou de ser condicionado, pretendendo-se uma certa abertura à comunidade; desenvolveram-se acções visando um maior convívio entre os residentes.

Apesar de tudo isto, a rotina destes idosos é de um quotidiano repetitivo e pobre de estimulações. Ainda foi feito muito pouco pela melhoria do dia a dia em termos sociais e recreativos, assim como na criação de alternativas de ocupação para estes idosos (Paúl, 1996). No entanto, o número de camas nos lares tem aumentado significativamente nas últimas décadas, ultrapassando muitos dos lares o máximo de camas permitidas por lei. As previsões indicam que esta tendência se manterá, o que significa que o número de idosos em lares será cada vez maior, assim como provavelmente, o número de lares (Belsky, 1996).

Os lares de idosos continuarão a ser um recurso público e privado, estes de maior expansão, mas muito dispendiosos para os idosos (Costa, 1998; Hall et al, 1997; Pimentel, 2001).

Simultaneamente com este crescimento, têm-se levantado dúvidas sobre eventuais abusos e desrespeito por direitos fundamentais dentro das paredes destas instituições. Em Portugal, por exemplo, assistimos mesmo ao encerramento de alguns lares por ordem do Estado. O agravamento da situação dos idosos nos lares resulta, principalmente da desregularização entre a oferta e

a procura (DECO, 1995). Segundo esta associação, as denúncias sobre as más condições e mau funcionamento dos lares têm aumentado significativamente. A opinião pública em geral começa hoje a estar sensibilizada para as condições desumanas em que os idosos sobrevivem em muitas destas instituições.

Sobre isto, não resistimos a transcrever um extracto de uma crónica de Dacosta (2000, p.186) porque ilustra bem o que temos vindo a reflectir, *“Retida contra vontade num lar (sem o quarto, o conforto, o tratamento prometidos, pagos), entrou rapidamente - encharcada de comprimidos que lhe provocavam vertigens e quedas - em estado de dormência. A casa foi-lhe desfeita, as contas bancárias levantadas, os papéis transaccionados.”*

Os lares são considerados como “depósitos” onde se abandonam idosos que lentamente esperam a morte (Correia, 1988; Belsky, 1996).

Se repararmos no nome dos lares “Lar Sagrado”, “Casa de Repouso”, “Lar do Céu”, “Lar Santa”, etc. verificamos que, na sua maioria, há um apelo a tudo o que é celestial e referente a Deus, o que parece delinear à partida uma situação que é para todos os efeitos definitiva, constituindo o “purgatório” para a morada seguinte. A sugestão é dada pelos nomes, a certeza é tida pelos idosos (Quintela, 1988).

Em muitos lares a assistência é deficiente visto que não se avaliam as necessidades de ajuda de cada residente, em consequência, uns idosos não recebem a ajuda necessária e noutros é fomentada a incapacidade por excesso de ajuda (Correia, 1988).

Considera-se que a vida em lares de idosos desencadeia problemas psicológicos e acelera o declínio físico (Correia, 1988; Belsky, 1996; DECO, 1997).

Serão estas afirmações completamente precisas?

Existem variações na qualidade dos diferentes lares, em instalações físicas, em serviços disponíveis e em pessoal diferenciado.

Uma influência decisiva na qualidade de um lar é o tipo de cliente que atende. Os lares de pessoas com situação económica mais favorável oferecem melhor assistência médica, maior liberdade de opinião, melhores serviços; em geral, proporcionam uma assistência de qualidade mais elevada (Karte y Manard, 1976; Kosberg, 1974 in Belsky 1996). Também a nossa experiência profissional e o conhecimento que temos deste tipo de instituições, nos permite dizer que é evidente uma melhor assistência aos idosos com melhor poder económico.

Também os idosos que têm com maior frequência visitas de familiares e/ou amigos, que possam ser testemunhas de cuidados impróprios, têm melhor assistência (Barney, 1974 in Belsky 1996; DECO, 1997). Os funcionários dos lares investem mais tempo nos idosos que recebem mais visitas (DECO, 1997).

A qualidade de um lar pode ser determinada fundamentalmente em duas dimensões. Uma, mais objectiva, diz respeito às condições físicas e de funcionamento da instituição (instalações, proporção funcionários / idosos residentes, serviços disponíveis). A outra vertente de avaliação, mais subjectiva, refere-se ao grau de satisfação dos residentes e o grau de responsabilidade e atenção do pessoal.

Será que à melhor condição física da instituição, corresponde uma maior satisfação do idoso?

Um estudo realizado por Lenke y Moos (1986) revela que os lares com número elevado de residentes têm tendência a proporcionar mais segurança e oferecer mais serviços, enquanto que os que tinham menor número de idosos era mais notória a harmonia entre funcionários e idosos (Citado por Belsky, 1996).

No estudo realizado pela DECO (1997), foi perguntado aos idosos como se sentiam e, em quatro lares classificados negativamente, os idosos responderam que se sentiam muito bem. A falta de sensibilidade das instituições para a especificidade e experiência de cada indivíduo, levando à obrigatoriedade de convivência com pessoas desconhecidas e ao cumprimento de normas restritas,

podem ser sentidas como mais penalizadoras do que a ausência de condições óptimas em termos materiais (Pimentel, 2001).

A desvalorização das necessidades do idoso é frequente, pois acredita-se que estas se limitam a algumas necessidades fisiológicas, tais como: alimentação, cuidados de higiene e de saúde, alojamento e vestuário. As necessidades sociais, afectivas ou sexuais não são consideradas, e em alguns casos, são mesmo reprimidas. Tais procedimentos levam os idosos, na perspectiva de Pimentel (2001), para o isolamento social e afectivo, negando ou desvalorizando as suas capacidades.

O primeiro estudo referido demonstra, ainda, que as instituições sem fins lucrativos prestavam, na globalidade, um serviço de melhor qualidade que as privadas. Neste ponto, as conclusões são coincidentes com o estudo realizado em Portugal pela DECO. São as instituições não lucrativas, segundo o mesmo estudo, as que oferecem aos idosos mais autonomia e um nível mais elevado de autocontrolo. A possibilidade de poder decidir e de ter autonomia, parecem-nos fundamentais para a saúde e bem estar dos idosos institucionalizados.

Entendendo-se por autonomia, a liberdade que o idoso tem para decidir sobre si mesmo e o seu futuro, dentro dos limites da sua competência, ela está nestas instituições seriamente comprometida (Pearson et al, 1992). A autonomia é, mesmo nas instituições de maior qualidade, limitada ou inexistente em áreas básicas da vida. Decisões que damos como adquiridas, como “onde viver”, “quando levantar” ou “o que preparamos para comer” não constituem opção para estes idosos.

Em muitos lares os idosos têm que renunciar a muitos direitos, como preço de entrada na instituição: controlo dos seus recursos económicos, oportunidade para colocar as suas reclamações, capacidade para tomar decisões livres, incluindo sobre a sua própria saúde. A maioria dos contratos são ilegíveis, omitem pontos essenciais ou contêm cláusulas ilegais. Os idosos podem ser privados de liberdades tão essenciais como o acesso aos seus registos médicos, direito de

receber visitas ou de sair para passear. Estas são algumas das conclusões de um estudo realizado na Califórnia por Ambrogli e Lenard, (1998) citado por Belsky (1996).

Num estudo longitudinal em que se observou o que faziam os idosos e que tipo de atenção lhes prestava o pessoal, concluiu-se que mais de metade dos idosos observados não faziam nada, estavam sentados com olhar perdido (Belsky, 1996). Também num estudo realizado pela DECO (1997, p. 8) se refere “... a inactividade está por todo o lado, infelizmente; nas entrevistas que fizemos aos idosos, 41% disseram-nos que não fazia nada”.

Acreditamos que a actividade é um dos aspectos fundamentais do bem-estar dos idosos e da manutenção das suas capacidades. Acontece que existe muita resistência por parte dos idosos em participar nas actividades e nos trabalhos programados. Pimentel (2001) refere que é frequente a frustração dos agentes que têm a seu cargo a promoção de actividades pois não percebem quais os interesses e motivações dos idosos, estes adoptam uma posição de total resignação que se traduz por sentimentos de impotência, incapacidade e inutilidade.

Paúl (1996) alerta para a urgência em repensar os moldes em que a actividade dos idosos nos lares é fomentada. Um número considerável trabalhou demasiado durante toda a vida em actividades mais ou menos forçadas. Os trabalhos de carpintaria, renda ou pintura, podem ser uma violência para idosos com problemas de visão, que não têm o treino manual necessário para estes trabalhos finos, e se apercebem dos maus resultados no seu desempenho. As actividades recreativas são muito limitadas devido ao nível cultural da generalidade. A mesma autora realça que as actividades que possam constituir experiências de aprendizagem concreta e directa são as mais mobilizadoras.

No que se refere ao tipo de atenção que lhes prestava o pessoal, apenas 7,5 % do tempo em que foram observados se relacionavam com funcionários, e o relacionamento com enfermeiros foi menos de 2 % do tempo. A falta de atenção

disponibilizada aos idosos parece estar relacionada com as atitudes que grande parte das pessoas que aí trabalham têm em relação ao seu trabalho, em relação aos próprios idosos e a forma como vêem o envelhecimento.

Estudos realizados por Noelker (1984), citados por Belsky (1996), mostram que mesmo nos lares que oferecem assistência personalizada e ambiente familiar, a intimidade é escassa e existem sentimentos negativos do pessoal em relação aos idosos (Belsky, 1996; Costa, 1998). Existem mesmo muitos casos de abuso e negligência. O abuso pode ser físico (ferimentos, queimaduras, fracturas), emocional (ofensas verbais, insultos e humilhação, espoliação ou apropriação de valores) ou negligência na satisfação das necessidades básicas dos idosos dependentes e que muitas vezes é propositada, com o intuito de punir (Dacosta, 2000).

Têm sido efectuadas denúncias, tal como refere a DECO (1995), sobre a prática de violência nos lares, principalmente nos clandestinos, através da exploração dos idosos, agressões e castigos corporais. Parece-nos que estes problemas não são passíveis de resolução apenas com a aplicação de sanções, nomeadamente o encerramento de estabelecimentos, pois, o alojamento dos idosos torna-se problemático, originando frequentemente situações ainda mais precárias, resultado da inexistência de alternativas. Verifica-se um conformismo e falta de capacidade reivindicativa, quer dos idosos quer dos familiares, que demonstram frequentemente desinteresse pelo bem estar do idoso (Pimentel, 2001).

Os profissionais de saúde, e a sociedade em geral, estão mais despertas para os maus tratos que ocorrem com crianças e mulheres. É sob o nosso ponto de vista um dever ético e moral a denuncia da existência destas situações.

Um outro ponto de interesse nesta abordagem, refere-se às relações sociais, tipo de relacionamento e sua intensidade. As relações sociais dos idosos institucionalizados em lares é, assim como o próprio processo de envelhecimento, muito variável. Se existem idosos sem qualquer tipo de contacto social e que se

isolam, outros há que mantêm interacções dentro e fora da instituição (Pimentel, 2001).

A heterogeneidade da população residente em lares leva a que seja quase impossível motivar e mobilizar os idosos em torno de objectivos comuns. As relações de sociabilidade internas obedecem mais à necessidade de convivência e tolerância do que à partilha de interesses e ao gosto pelo convívio. Drulhe (1981) diz que a vida social nos lares tende a reduzir-se a uma camaradagem forçada e a uma coexistência pacífica.

Com frequência os idosos dizem desconhecer os outros idosos, mesmo os que habitam a mesma camarata. Na óptica de Paúl (1996) isto representa uma atitude defensiva relativamente à excessiva proximidade dos outros, sendo este como que o único recurso para manter a privacidade.

Relativamente às interacções entre as pessoas idosas nos lares, Paúl (1996) classifica-as fundamentalmente em três grupos 1) pessoas com muitas limitações devido, principalmente, a problemas de saúde, e que permanecem nas salas de estar. Este grupo mantém uma relação mais distante com o pessoal, não obstante a proximidade que os cuidados que recebem implica; 2) Um outro grupo com menos limitações, que se desloca melhor pela espaço físico e que participa em algumas actividades quando estimulado. Este grupo é de todos o mais heterogéneo e o mais conflituoso, quer com os outros residentes quer com o pessoal; 3) Este último grupo é constituído pelas pessoas mais independentes e activas, e são frequentemente o elo de ligação com o exterior, fazendo recados quer a funcionários quer aos outros residentes. Este grupo mais activo tem uma comunicação intensa com os funcionários e prestam alguma ajuda em tarefas internas ou pessoais, conseguindo estatuto de destaque.

Existe ainda um outro grupo, os isolados, que são pessoas rejeitadas e que rejeitam os outros, não interagem de forma positiva nem com os outros grupos, nem com o pessoal. É raro observar qualquer troca entre estes idosos e os restantes, e quando existem são negativas (Berger, 1995; Belsky, 1996; Paúl, 1996). As relações com o exterior são muito reduzidas. As visitas e a procura de

informação diminuem à medida que o tempo passa. É um distanciamento que normalmente é sentido de forma dolorosa pelo idoso. A família é o principal elo de ligação com o exterior e por isso o único veículo de interacção social, mesmo considerando as limitações de institucionalizados. A existência de contactos frequentes com pessoas das suas relações é importante, tanto para a manutenção de uma vida social interna e externa, como para a manutenção da sua autonomia.

Sobre este assunto Pimentel (2001) cita um estudo apresentado por Souto-Lopes (1990), que refere que cerca de 50% dos idosos tem uma boa relação com todas as pessoas com quem convivem na instituição, 36% relaciona-se bem só com alguns e 15% têm indiferença ou más relações com os outros. As conclusões de Drulhe (1981) não diferem substancialmente das anteriores, referindo que 1/4 dos idosos não tem outras relações na instituição a não ser as de cortesia enquanto que outro 1/4 desenvolve relações sociais mecânicas sem partilha de sentimento de comunidade, 1/6 pratica uma sociabilidade electiva. Ainda o mesmo estudo demonstra que 1/3 dos idosos não tem vida social exterior e que mais de 1/4 não tem possibilidade de efectuar qualquer tipo de relacionamento com pessoas do exterior.

Assim sendo, que motivos levam, cada vez mais, à institucionalização de idosos em lar?

Os motivos que levam um idoso a ingressar num lar, podem dividir-se fundamentalmente em 3 domínios: físico, por alterações motora ou sensorial que afecta a autonomia geral para as actividades de vida diária; neuro-psíquicas, alterações neurocognitivas ou psíquicas que limitam a autonomia; social, problemas de índole sócio-familiar ou relacional que impedem ou limitam a integração no seu meio habitual (Correia, 1988; Fernandes,1996).

Em consequência desta ideia, o principal motivo de institucionalização seria a perda de autonomia. No entanto alguns estudos, nomeadamente o realizado pela DECO (1995), refere que os idosos apontam como motivo mais frequente para a institucionalização o isolamento, quer dizer, a falta de uma rede de interacções

que facilite a integração social e familiar dos idosos de forma a garantir um apoio efectivo nos casos de maior necessidade. As dificuldades económicas e a degradação ou inexistência de habitação são também frequentemente referidas como motivo. A institucionalização definitiva estabelece uma ruptura com a sua vida quotidiana e impõe-se como uma situação inevitável, representando para muitos idosos o abandono, a exclusão e a morte.

Segundo o Conselho Económico e Social, existe na Europa uma desconsideração generalizada em relação aos lares, afirmando que é muito raro o internamento ser encarado como um projecto de vida, raramente é escolhido, mas aceite como último recurso, ele é frequentemente o último elo de um encadeamento de fracassos sociais (1994). Também Paúl (1996) identifica a institucionalização com o culminar de uma vida de miséria, trabalho e fracassos.

Mesmo que, na generalidade, se concorde que os idosos devem permanecer na sua residência, e aí serem-lhe prestados os cuidados necessários, isto não serve de argumento para se continuar a ignorar a população idosa residente em lares e a forma como vivem.

As Nações Unidas (1991) definiram na resolução n.º 46/91, de 16 de Dezembro, 18 princípios sobre o lema *“Dar vida aos anos que se juntam à vida”* que se agrupam em 5 dimensões: **autonomia, participação, prestação de cuidados, autorealização e dignidade**. Se garantirmos o respeito pela resolução citada anteriormente, ir viver para um lar também pode, sob o nosso ponto de vista, ser uma oportunidade de desenvolvimento, crescimento e melhor qualidade de vida, para tal poderá contribuir de forma decisiva a presença de enfermeiros nestas instituições.

São necessárias medidas políticas, económicas, sociais e de saúde, que permitam inverter a situação actual dos cuidados nos lares, em que todos temos responsabilidade (ética, moral e deontológica).

Os enfermeiros, como grupo social, têm responsabilidades específicas de prestar e promover os melhores cuidados possíveis a estes cidadãos.

4 - O sucesso no envelhecimento

No sentido de perceber melhor a forma como se encontram os idosos nos lares, as suas reacções e comportamentos, parece-nos importante reflectir sobre o sucesso do envelhecimento e suas variáveis para que possa falar de um envelhecimento bem ou mal sucedido.

O sucesso no envelhecimento depende de um processo contínuo de adaptação às capacidades do momento actual, no contexto em que está inserido. As transformações físicas, mentais e sociais são geralmente sentidas como perdas, estreitando o espaço de vida e sinais premonitórios de outras perdas mais graves no futuro (Berger, 1995; Paúl, 1996; Barreto, 2000).

Nos homens a situação de reforma é a principal transformação, levando à falta de ocupação, dificuldades económicas, isolamento social, perda de poder, com níveis de gravidade diferentes, com prejuízo da imagem que o idoso tem de si próprio e a sua auto-estima. Para as mulheres a viuvez traz normalmente alterações radicais do quadro de vida, que é agravado se há realojamento em residência de descendentes. A convivência com filha ou nora, numa situação de inversão de papéis desencadeia muitas vezes conflitos em torno do poder doméstico, também afectando a auto-estima (Barreto, 2000).

Também a perda de mobilidade e autonomia, normalmente consequência de doença física, privam o idoso de fontes de satisfação, conduzindo a situações de dependência e, por vezes, de humilhação.

Os padrões de adaptação dependem ainda daquilo que a sociedade espera do idoso, do sentir e da vontade subjectiva do próprio. Pode acontecer que não exista coincidência nestes critérios. Um idoso poderá ser considerado inadaptado quando ele se sente satisfeito, ou inversamente, tornando difícil a definição de critérios de velhice bem e mal sucedida (Barreto, 1984). As teorias relacionadas

com a satisfação de viver podem ser divididas em dois grandes grupos: a teoria da actividade e a teoria do desligamento (Berger, 1996).

A teoria da actividade considera que a satisfação e a auto-estima, aspectos positivos do envelhecimento bem sucedido, dependem proporcionalmente da actividade desenvolvida e da intensidade do relacionamento e interacção com os outros (Kuhlen, 1959; in Paúl, 1996). Ao contrário, a ansiedade parece ser um indicador de dificuldade, por parte dos idosos, em se ajustar às perdas e crises do envelhecimento. Estar ocupado, ter contactos sociais diversificados, estar activo e desempenhar vários papéis é fundamental. Na perspectiva de Barreto (1984), esta teoria considera a satisfação de viver em função de uma imagem positiva de si mesmo, consequência da percepção de ter capacidade de atingir os objectivos pessoais e manter um relacionamento social satisfatório. A teoria da actividade é, na opinião de Paúl (1996), o modelo para a definição de programas e políticas administrativas das actuais instituições de idosos. O idoso que permanece activo envelhece de uma forma óptima, encontrando substitutos para as actividades que já não consegue executar.

A teoria do desligamento defende a existência de um movimento mútuo entre o idoso e a sociedade, em que o idoso aceita a diminuição da interacção com os outros, existindo um prévio ou simultâneo aumento da centração em si mesmo, acompanhado de um desinvestimento emotivo nas pessoas e objectos do meio (Berger, 1996; Paúl 1996).

Cumming e Henry (1961), Havighurst (1968), citados por Paúl (1996), estabelecem uma diferenciação entre o desligamento como processo e desligamento como teoria do envelhecimento bem sucedido.

O desligamento corresponde às alterações psicológicas e sociais que caracterizam o processo de envelhecimento e que podem ser confirmadas pelas alterações na qualidade e grau de actividade nos diferentes papéis, assim como um desinvestimento psicológico no meio externo. Um outro dado refere que o desligamento psicológico é anterior ao social, o que pode confirmar o defendido pela teoria do desligamento, ou seja, estamos perante um fenómeno intrínseco ou

constituir apenas uma resposta defensiva antecipatória perante uma eventual rejeição por parte do meio (Paúl, 1996).

No que se refere ao desligamento como envelhecimento bem sucedido, deve ser considerado a ligação entre o empenhamento e a satisfação de viver. O empenhamento é avaliado relativamente à actividade e papéis actuais enquanto que a satisfação de vida é, segundo os defensores desta teoria, uma medida de bem-estar psicológico que inclui: 1) *o prazer, motivação versus apatia*; 2) *a resolução e eficácia*; 3) *a congruência entre os objectivos desejados e atingidos*; 4) *um autoconceito positivo*; 5) *a tonalidade do humor* (Paúl, 1996, p. 17). Assim, a pessoa encontra-se num ponto positivo do bem-estar psicológico se:

1. Tirar prazer das actividades do dia a dia;
2. For optimista, tiver bom humor e se mantiver feliz;
3. Sentir que atingiu os objectivos principais que estabeleceu;
4. Vir a sua vida de forma positiva e aceitar o seu passado;
5. Tiver uma auto imagem positiva.

Podemos assim estabelecer quatro combinações entre actividade e satisfação de vida, as duas altas ou baixas, actividade alta e satisfação baixa ou actividade baixa e satisfação alta, não sendo assim possível verificar quer a teoria da actividade quer a teoria do desligamento.

Estas teorias parecem não ser suficientes para explicar algumas posições assumidas, de forma diferente, pelas pessoas idosas. Por exemplo uns lamentam a perda do seu papel activo, enquanto outros aceitam a diminuição da actividade como um facto normal e inevitável, mantendo-se satisfeitos com a análise da sua vida como um todo, passado e presente. Outros têm mais dificuldade em ultrapassar este conflito mantendo sentimentos muito negativos. Provavelmente a relação entre os níveis de actividade e satisfação de viver integra também elementos da personalidade, principalmente se a pessoa continua capaz de integrar elementos racionais e afectivos da personalidade (Paúl, 1996).

Alguns autores referem que a teoria do desligamento se verifica, mais provavelmente, nos idosos que dado o seu estado de saúde, vêm reduzidas as suas capacidades de assumir qualquer papel social, ou naqueles em que o desligamento constituiu o seu estilo de vida antes da velhice. O desligamento estará mais relacionado com a continuação de um estilo de vida do que com o culminar de um processo comum a todos os idosos. Daí que se torne fundamental a avaliação do estilo de vida de cada um, que reflecte diferentes graus de contacto com o ambiente e a importância destes contactos para a manutenção de satisfação de vida (Maddox, 1968; in Paúl, 1996).

Na opinião de Barreto (1984) nem a teoria da actividade, nem a do desligamento integram as diferenças individuais, quer ao nível da personalidade, quer ao nível da história de vida. As duas tendem a explicar a adaptação ao envelhecimento como um processo linear, com um único sentido obrigatório para todas as pessoas. Sobre este ponto partilhamos da ideia de Paúl (1996, p. 20) quando defende que *“... o conceito de envelhecimento bem sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto actual e passado, integrando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, com uma vertente estritamente intimista, relativa ao sentir subjectivo de cada indivíduo, que não se compadece com as características reais do seu meio ambiente, mas é sempre uma percepção do meio actual, confrontada com o meio ideal, que se compreende à luz da reconstrução da história de vida de cada um”*.

Podemos constatar que não existe concordância sobre o que significa envelhecimento bem sucedido. No entanto, parece reunir algum consenso o facto de que se relaciona com um elevado nível de funcionamento físico, psicológico e social, implícitos numa boa adaptação.

O significado pessoal é hoje o factor mais relevante para o envelhecimento bem sucedido que, no dizer de Wong (1989), é um sistema de constructos cognitivos baseados em valores subjectivos que preenchem a vida com significado pessoal e satisfação. Esta perspectiva é idêntica à da teoria da integridade pessoal ou do

desespero, ou seja, a velhice como último estadio de desenvolvimento humano é o resultado de crises epigénicas anteriores, bem sucedidas ou não. No decurso desta etapa a pessoa atinge a integridade do eu, que significa a finalização de todos os outros períodos e que lhe possibilita consolidar, proteger e conservar o amor próprio e a identidade. A pessoa integrada revela sabedoria e sabe combinar os seus conhecimentos com as experiências para conduzir uma acção específica. A que não atingir a integridade pessoal sente desespero, é despeitado e incapaz de fazer face às crises da velhice (Berger, 1996).

Para Wong (1989), a saúde e a satisfação na vida dependem da atribuição de um sentido à vida. A descoberta / criação do significado, utilizando recursos próprios e espirituais, é a forma de ultrapassar as perdas pessoais e o desespero na velhice. A descoberta do significado pessoal assenta em quatro estratégias que são a reminiscência, o empenhamento, o optimismo e a religiosidade.

A reminiscência pode ser integrativa ou instrumental. Integrativa na medida em que pode integrar, num contexto significativo, conflitos não resolvidos no passado; instrumental quando do recordar episódios do passado relativos a resolução de problemas, se retiram lições para resolução de problemas actuais. A reminiscência pode ainda ser transmissora de conhecimentos acumulados, ou obsessiva, sendo nesse caso negativo, reflectindo falta de integração. O envolvimento é o reforço da responsabilidade e do empenhamento pessoal em alguma coisa, e o optimismo o sentido de esperança que evita o desespero. A religiosidade é outra estratégia que parte da ideia que a vida é uma passagem que faz sentido numa finalidade universal, que dá sentido quer à vida quer à própria morte (Paúl, 1996).

As histórias de vida de muitos idosos não se adaptam a estes modelos, sendo necessário procurar outras explicações da satisfação de vida dos idosos, em diferentes cenários, e também da sua variabilidade inter-individual (Paúl, 1996).

O modelo ecológico, surgido da convicção de que o comportamento humano só encontra verdadeira significação quando contextualizado, apresenta novidade nas suas concepções de pessoa em desenvolvimento, de ambiente e sobretudo

da interacção entre ambos. A característica mais importante da perspectiva ecológica é a de reforçar simultaneamente a tendência para olhar no sentido do indivíduo e olhar para além do indivíduo no sentido do meio ambiente que o rodeia. Procura explicações acerca do comportamento e do desenvolvimento individuais, relembrando constantemente que o desenvolvimento humano resulta de uma interacção da biologia e da sociedade, das características individuais que transportam e da forma como o mundo as trata, do constitucional e do adquirido (Paúl, 1996). Verifica-se assim a existência de competências comportamentais determinadas internamente e outras mais determinadas exteriormente. Assim, os aspectos do bem estar psicológico são compostos por elementos que se distribuem ao longo de um continuum de aspectos interiores e exteriores da experiência de vida.

Como podemos deduzir da análise das diferentes teorias, o bem estar dos idosos está de facto relacionado com atitudes, características da personalidade, estados de humor e do meio em que cada um se desenvolve e vive, numa combinação única, que é a sua história de vida. Na perspectiva de Paúl (1996, p. 10), só com base numa análise transaccional da unidade pessoa/ambiente se pode compreender o bem estar subjectivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários.

A relação entre o indivíduo e o meio ambiente não é, como vimos, estática (Serra, 1999). Na perspectiva do mesmo autor, o comportamento demonstrado pelo indivíduo vai alterando a própria situação o que, por sua vez, constitui um processo de *feedback* que indica ao indivíduo se se está a sair bem.

A percepção de controlo é considerada crucial para ajudar a compreender a reacção do indivíduo perante os diferentes acontecimentos da vida.

Partindo do princípio que ter liberdade, autonomia e controlo é benéfico para os idosos, e que não ter controlo pode ser mau para a sua saúde e bem estar, percebe-se a importância do controlo pessoal.

Uma pessoa tem poder ou controlo sobre os acontecimentos se tiver a possibilidade de os reverter, se essa for a sua vontade. Para outros, controlo significa a capacidade de influenciar o resultado pretendido utilizando respostas selectivas (Paúl, 1996; Serra, 1999). O envelhecimento é visto como um processo de declínio tanto do funcionamento cognitivo como psicológico, com perda de controlo sobre o corpo, aumento de vulnerabilidade social e emotiva, sentimento de desânimo e perda do controlo do meio psicológico (Fry, 1989; citado por Paúl 1996).

Como explicar o papel dos vários factores físicos e psicológicos, relacionados com a diminuição do controlo, que possam levar ao acelerar do processo de envelhecimento? Para Paúl (1996) a sequência causal mais genérica sobre os efeitos do controlo é a que inclui os seguintes termos: *“Atribuições Externas e Internas de Controlo Real e/ou Percebido, põem em acção Estratégias de Confronto, que conduzem a determinados resultados”*, que podem ser mais ou menos favoráveis para o indivíduo.

O modelo de “desânimo aprendido” de Seligman de 1975, diz-nos que as privações existentes em meios constringentes em que vivem os idosos conduz à sua passividade, mas principalmente à imprevisibilidade das respostas do meio ao seu comportamento. Este modelo apresenta uma sequência causal que prevê:

1. Uma privação do controlo;
2. Uma percepção de perda de controlo;
3. Uma deficiente motivação;
4. Um deficiente desempenho;
5. Um envelhecimento acelerado.

A perda de controlo leva a um aumento de sentimentos de depressão, apatia e um aumento da vulnerabilidade.

Este modelo refere que o controlo percebido reflecte dois tipos de expectativas: a acção resultado e a situação resultado. A percepção de não controlo surge se os dois tipos de expectativas forem iguais, ou seja, se a probabilidade de obter resultado é igual, quer se realize ou não determinada acção.

São ainda identificados o Controlo Eficiente e o Controlo Passivo. O primeiro refere-se aos casos em que a obtenção de determinado resultado, é maior se houver acção, o segundo, frequente em instituições, refere-se a obtenção de resultado que é mais baixa se houver acção (Seligman, 1975 citado por Paúl, 1996).

Na óptica de Paúl (1996), o conceito de desânimo aprendido está relacionado com o declínio do bem estar psicológico dos idosos institucionalizados e associado com imagens de enfraquecimento, apatia e falta de poder.

As alterações introduzidas no modelo de desânimo aprendido, referem o tipo de atribuições feitas pelo indivíduo, para explicação da ausência de controlo, colocando um estilo de atribuição pessoal / universal. O primeiro refere-se à consciencialização do indivíduo da sua incapacidade interna de conseguir controlo, enquanto que o segundo refere-se a situações em que o indivíduo considera que qualquer outra pessoa no mesmo contexto também não conseguiria ter controlo dos resultados (Kahana et al, 1989 citado por Paúl, 1996). Quando o indivíduo percebe que os seus comportamentos não têm efeito no alcançar de resultados desejados, ou na prevenção de situações indesejáveis, que não é capaz de influenciar acontecimentos importantes para si, ficará numa situação de desânimo aprendido.

O assumir do controlo de muitos aspectos da vida dos idosos por parte dos lares, assim como o seu ambiente limitativo, conduz ao desânimo e depressão, o que pode justificar os défices cognitivos muitas vezes observados nos idosos institucionalizados.

Uma variação a este modelo manifesta-se por uma baixa auto-estima e moral, bem como um excesso de incapacidade, colocando os idosos institucionalizados em risco de dependência, perda de controlo e desânimo. No intercâmbio pessoa / meio, referentes ao controlo, os efeitos negativos foram atribuídos segundo Paúl (1996) a:

- 1) Políticas institucionais;
- 2) Características ambientais;
- 3) Comportamentos dos funcionários.

Todos estes factores contribuem para uma não apropriada redução do controlo, capacidade de escolha e reforço da dependência (Costa,1998; Dacosta, 2000).

Kahana et al. (1989), citado por Paúl, (1996), apresentam, em alternativa ao modelo do desânimo aprendido, um modelo conceptual sobre os efeitos da institucionalização, o modelo de congruência. Este modelo defende que são determinantes essenciais do bem estar e competência dos idosos institucionalizados, a congruência entre as necessidades do indivíduo e o comportamento de quem presta o apoio. Se não existir congruência entre as políticas institucionais e as necessidades dos residentes, estes desenvolvem esforços para lidar com essa incongruência. É, por isso, natural que em alguns ambientes se possa desenvolver desânimo aprendido, depressão e incapacidade. Podemos assim inferir que uma adequação entre as necessidades dos idosos e os comportamentos dos cuidadores leva à obtenção de resultados positivos entre a dependência e o bem estar, enquanto uma fraca adequação entre estes dois componentes pode contribuir para uma série de resultados negativos.

A teoria da auto-eficácia defende que a noção que as pessoas têm das suas capacidades interfere nos seu comportamento, no seu nível de motivação, explicando de que maneira as pessoas influenciam a sua própria motivação e comportamento.

Este modelo deixa no entanto por explicar, na óptica de Paúl (1996), algumas questões, nomeadamente situações de adaptação / inadaptção em idosos com níveis de expectativa e de resultado.

Nos lares, os idosos desenvolvem poucas expectativas de auto-eficácia, em consequência da sua condição de saúde, da visão social sobre eles, das condições ambientais das instituições e do pessoal que contribui para o reforço da

sua imagem de incapacidade e incompetência assim como das expectativas de resultados, dada a pouca abertura à mudança e actividade dos idosos destas instituições (Paúl, 1996).

O controlo é considerado um aspecto fundamental do processo de envelhecimento. Avaliado o controlo nos idosos segundo a Teoria de Aprendizagem Social Cognitiva do Controlo, desenvolveu-se o conceito de Controlo Participativo, que concerne a aquisição de controlo pela interacção com os outros (Serra, 1999). O controlo participativo passa pelo reconhecimento da pessoa de que há outros que são mais capazes do que ele para responder à sua situação. Por exemplo, em situações de doença, ao dar poder a quem cuida dele, o idoso está a negociar um melhor controlo sobre a sua situação do que conseguiria sozinho. Trata-se de um processo dinâmico em que o idoso ganha controlo através dos outros.

Outro conceito de controlo, em grande parte sobreponível ao de controlo participativo é o de controlo secundário que se refere ao comportamento da pessoa que não tenta alterar o meio, aceitando e controlando o impacto do meio em si próprio, constituindo estas duas maneiras de controlo formas alternativas de explicar os comportamentos passivos dos idosos institucionalizados (Rothbaum, 1982; citado por Paúl 1996; Serra, 1999).

White e Janson, 1986 citados por Paúl (1996), referem as múltiplas causas do desânimo, passividade, dependência e ausência de poder dos idosos residentes em lares. Entre estas causas encontram-se: o aborrecimento inerente à rotina, o estado de saúde dos indivíduos acompanhado do isolamento sensorial, que reforça a deficiência nos idosos, o afecto depressivo, contingências institucionais, que apoiam a passividade e a dependência e o papel do pessoal que conduz à passividade. Assim, como veremos no capítulo seguinte, fazer as coisas pelo idoso em vez de o ajudar, aumenta a passividade comportamental.

5 – O Espaço Institucional

A avaliação dos lugares é afectiva e social, baseada em função do carácter visível ou não que lhe é atribuído. Trata-se, na perspectiva de Fischer, (1994), basicamente da relação entre a taxa de imposição e de liberdade, associada a determinada organização do espaço. Esta relação é essencial na determinação da habitabilidade dos lugares.

Neste ponto faremos uma reflexão no sentido de perceber algumas características do funcionamento socioespacial dos lares.

Goffman (1974), citado por Calhau, (1997), faz uma abordagem do funcionamento das instituições sob o ponto de vista socioespacial e diferencia dois tipos de instituições, chamando a umas totais e a outras parciais. As instituições parciais caracterizam-se fundamentalmente por acolher apenas uma parte do quotidiano do indivíduo.

Um espaço institucional total é um meio no qual se desenvolve toda a actividade do indivíduo que lá se encontra, como é por exemplo o caso dos idosos no lar. Neste espaço o indivíduo é emerso num universo onde recebe o mesmo tratamento que todos os que estão com ele, este tratamento é organizado e controlado obedecendo a um determinado programa. Calhau (1997, p.3) define da seguinte forma instituição total: *“um lugar de residência e de trabalho onde um grande numero de indivíduos colocados na mesma situação, cortados do mundo exterior por um período relativamente longo, levam uma vida reclusa...”*.

Ao olharmos para estas instituições, uma das primeiras observações relaciona-se com o conjunto de barreiras entre o interior e exterior, existindo sistemas reguladores com o mundo exterior, controlando as saídas e entradas.

Visto do interior, temos um conjunto de espaços que foram pré-estabelecidos independentemente de quem lá está, exigindo do indivíduo uma adequação ao espaço instituído e organizado.

O espaço institucional é organizado porque é um espaço sob controlo, que obedece a um conjunto de regras e vigilâncias. Este espaço é considerado como uma estrutura de poder que se difunde no interior destes modelos espaciais (Fischer, 1994). De seguida analisámos algumas regras específicas destas instituições.

Sobre a organização do espaço, Fischer, (1994, p. 140-141) descreve quatro regra: “*regras de afectação*”, “*fruição pontual*”, “*nível hierárquico*”, “*proibição de acesso*”. As regras de *afectação* prendem-se com a necessidade de ter sempre referenciáveis e visíveis os indivíduos, o que obriga à *afectação* das coisas e das pessoas, o que permite que estas sejam melhor controladas, não sendo muito bem aceites os indivíduos que gozem de grande mobilidade.

A instituição permite a ocupação de determinados espaços em momentos definidos do dia, *fruição pontual*. O direito desta utilização pontual mostra o controlo sobre os espaços.

De acordo com a situação económica ou estatuto social, tem-se direito a determinado espaço reservado, a que os outros não têm acesso (*nível hierárquico*). Nestes espaços as condições e os serviços podem também ser diferenciados.

A *proibição de acesso* mostra a consistência do controlo exercido, na medida em que significa a exclusão pontual ou parcial de certos grupos em relação a certos espaços.

Estas regras mostram com evidência que estamos na presença de um espaço sob controlo e por isso os indivíduos encontram-se, de uma ou outra forma, numa situação de liberdade vigiada (Fischer, 1994).

Com estas regras, parece evidente que o papel do indivíduo é definido pela instituição e ele deve conformar-se com os espaços onde é instalado e com os serviços que lhe são prestados.

Outra característica dos espaços institucionais relaciona-se com a organização das relações. Estudos desenvolvidos por Rivlin, (1976), citados por Fischer, (1994) referem como actividade mais comum nestas instituições os comportamentos isolados passivos tais como dormir, ficar sentado ou estender-se na cama, e que tendem a aumentar com a dimensão dos quartos. Os quartos para uma pessoa eram os que garantiam maior liberdade em relação às actividades sociais e mantinha a intimidade.

Fischer (1994), apresenta uma abordagem ao espaço institucional adoptando o ponto de vista do indivíduo. Observado o problema desta forma, refere o autor, o ambiente é delimitado num conjunto de zonas subjectivas segundo uma relação de inadaptação entre os constrangimentos impostos pelo espaço e a procura de liberdade pelo indivíduo. Organizam-se assim três tipos de espaço institucional; espaço de socialização, intersticial e refúgio.

O espaço de socialização caracteriza-se por ser reservado a alguns. São reconhecidos socialmente pelos outros grupos que aceitam e legitimam uma tal ocupação.

O espaço intersticial não apresenta contornos definidos, são espaços disponíveis e não programados e são normalmente periféricos às zonas consideradas centrais.

O espaço de refúgio refere-se a uma zona de isolamento que o indivíduo organiza por si mesmo, representa o distanciamento de cada um à invasão de que é objecto, criando independência e locais não partilhados por mais ninguém. É a criação de um espaço pessoal de intimidade e de conforto psicológico.

Fischer (1994, p. 148), refere que em todas as instituições existem espaços de refugio, que podem ser um quarto individual ou num local com várias pessoas, o refugio pode ser a esfera imediata à sua volta, onde arruma os seus objectos

pessoais, e em muitos casos o espaço pessoal não é mais do que o prolongamento simbólico do corpo no espaço ambiente.

Todo o espaço constitui, em simultâneo, um conjunto de imposições e potencialidades, apercebidas e vividas pelo indivíduo. A sua habitabilidade gira sobre o valor percebido e sentido da relação imposição – liberdade.

Os lugares fechados, que promovem a dependência e o desencadeamento ligado à vida social, como os lares, são lugares vividos como frustrantes, desassumidos, porque não respondem às expectativas das pessoas e porque representam exclusão social, por isso são espaços recusados (Fischer, 1994).

CAPITULO II - ENFERMAGEM E OS CUIDADOS AOS IDOSOS

Fizemos já referência à responsabilidade que, sob o nosso ponto de vista, têm os enfermeiros, enquanto grupo social e prestador de cuidados, em promover os melhores cuidados às pessoas idosas.

Neste capítulo faremos uma abordagem dos aspectos que nos parecem mais relevantes no sentido de melhor se perceber a importância desses cuidados e as linhas que orientam a formação dos enfermeiros nos cuidados aos idosos.

1 - Cuidar o idoso

A OMS, citada por Boada, (1988 p.31) aconselha que “...a *responsabilidade da assistência a pessoas idosas dentro da comunidade, deveria ser confiada a uma equipa de enfermagem integrada com pessoal auxiliar sob a direcção de uma enfermeira...*” e chega mesmo a recomendar que as instituições que assistem idosos devem ser dirigidas por pessoal de enfermagem. Os outros profissionais deveriam intervir sob “orientação” da enfermeira.

A importância atribuída à profissão de enfermagem na prestação de cuidados a idosos é o reconhecimento da necessidade de uma prática de cuidados baseada num pensamento humanista, feita de confiança no homem, de respeito, de liberdade e de utilização das riquezas próprias da pessoa (Pearson, 1992; Phaneuf, 1995; Ribeiro, 1995).

O aumento do número de idosos, entre outros fenómenos, constitui um desafio para a profissão de enfermagem. Não é novo o que se espera da competência dos enfermeiros. Para Florence Nightingale (1859) citada por Ribeiro, (1995, p.14) a enfermagem visava já “...pôr o paciente nas melhores condições para a natureza poder actuar”. Virgínea Henderson, citada por Cristóvão, (1997) defende que a enfermagem tem como fim prestar ajuda ao indivíduo, doente ou saudável, na execução de actividades que contribuam para a saúde, a recuperação ou a morte tranquila, as quais ele executaria sem auxílio, caso tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários, facilitando-lhe também a obtenção da independência o mais rapidamente possível.

Estas afirmações apelam para o conceito de cuidar, como algo que é essencial à vida, tanto no que se refere aos cuidados quotidianos relacionados com a continuidade e manutenção da vida (alimentação, hidratação, afecto, conforto físico e psíquico) (Colliére 1989), assim como no respeito à relação interpessoal na prestação desses cuidados (Griffin, 1980, citado por Ribeiro 1995).

Apesar de algumas dificuldades, tem sido desenvolvido ultimamente muito trabalho teórico tendente à elaboração de modelos orientadores da prática, investigação e formação em enfermagem. Estes modelos (modelos de enfermagem) baseiam-se sobretudo em teorias oriundas das ciências sociais e humanas consideradas mais consentâneas com a especificidade da enfermagem (Ribeiro, 1995).

Têm surgido vários modelos de enfermagem, com recurso e adaptação de diversas teorias tais como a teoria do desenvolvimento, dos sistemas e das necessidades humanas básicas (Pearson, 1992) que têm dado um contributo importante para a explicação de modelos de enfermagem como modelos de cuidar, sendo conceitos chave de todos os modelos - os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Ribeiro, 1995).

A orientação para a acção dos enfermeiros não é proposta de igual forma pelos vários modelos do cuidar, mas a atenção vai para as necessidades do utente, para

as dificuldades da sua adaptação em situações de stress e para os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade (Ribeiro, 1995).

A perspectiva holística é a orientação dominante dos modelos do cuidar. É também comum aos vários modelos de forma mais ou menos explícita, a valorização da relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura da pessoa e da promoção do autocuidado. Isto é, procura-se a sua participação nas tomadas de decisão, de forma a promover o seu potencial máximo de saúde e bem estar.

Uma característica comum a todos os modelos é a intervenção individualizada dos enfermeiros, quer dizer, desenvolver intervenções centradas no utente e nas suas necessidades. A relação com o enfermeiro assume importância primordial e o utente é visto como sujeito dos cuidados. Por essa razão, estes modelos de enfermagem são modelos de cuidar (Ribeiro, 1995).

Cuidar significa, segundo Watson (1988), actuar de forma a que a pessoa seja considerada um fim em si mesma, não apenas um meio para fins científicos, médicos, de enfermagem ou do hospital. Essa actuação da parte dos enfermeiros implica valores e empenhamento nas acções e nas consequências, para além do sentido do dever e da obrigação moral, uma perspectiva ética (Silva, 1993, citado por Ribeiro, 1995).

Para Swanson (1991), cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com um outro com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis. Gaut (1983) citado por Swanson, (1991, p. 163) diz que, *“cuidar envolve, no mínimo, atenção individual e preocupação pelo outro, responsabilidade individual por ter, a um certo nível, um olhar individualizado de estima e amizade”*.

O cuidar ou cuidado profissional em enfermagem é, para Leninger (1991), o conhecimento profissional do cuidar formal, cognitivamente aprendido, e de habilidades obtidas em instituições educacionais, que são usadas para promover actos de fortalecimento, facilitação, apoio ou ajuda a outro indivíduo ou grupo de

forma a melhorar a condição humana de saúde ou bem estar, hábitos de vida, incapacidade, ou para trabalhar com a pessoa em fase terminal.

Para Roach (1991), cuidar ou cuidados devem ser analisados sobre uma perspectiva ontológica e não apenas como uma característica da enfermagem. E, sob este ponto de vista, a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar, implicando a aquisição e aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Para Colière (1989, p.235) *“cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”*. Para a autora, a única finalidade dos cuidados de enfermagem consiste em permitir aos utilizadores desenvolver a sua capacidade de viver, ou de tentar compensar o prejuízo das suas funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social consequente.

Das definições anteriores transparece que no cuidar prevalece o aspecto interpessoal dos cuidados de saúde, nele se engloba o sistema de relações entre o utilizador dos cuidados e os que os prestam. É um processo de intenção que pode suscitar mudanças significativas no utente e no próprio enfermeiro, bem como a auto-realização dos mesmos.

Um estudo desenvolvido, numa população idosa, demonstrou que a utilização do método de resolução de problemas pode originar alterações significativas no estilo de vida do idoso e promover o autocuidado (Glasgow citado por Costa 1998). A interacção é considerada pelos idosos como um dos aspectos mais importantes, quando avaliam a qualidade dos cuidados prestados. Realçam a pessoalidade da relação, a consideração, a amizade, a paciência, a cortesia, o respeito e a sinceridade (Ferreira, 1991).

Em situações de manutenção da saúde, cuidar consiste em descobrir com o idoso a forma de realização das necessidades afectadas, a partir das suas capacidades e recursos. Na doença, cuidar consiste em determinar com o idoso (se for possível) quais as condições e critérios que lhe permitem viver o melhor possível e com dignidade (Costa, 1998). Estes são, sob o nosso ponto de vista, os princípios orientadores dos cuidados de enfermagem aos idosos.

2 - Formação no Domínio dos Cuidados aos Idosos

O gosto em trabalhar com pessoas idosas surge, em primeiro lugar, de factores relacionados com a formação inicial (Robertson citado por Costa, 1998). Por isso, decidimos abordar de forma breve alguns dos objectivos propostos hoje para a formação dos enfermeiros no domínio dos cuidados a idosos.

Desde sempre, as escolas têm dedicado atenção à saúde dos idosos e incluído nos seus programas curriculares aspectos teóricos e práticos dos cuidados de enfermagem a idosos. (Leonardo, 1995)

As recomendações gerais propostas para a formação dos enfermeiros em geriatria / gerontologia, pela OMS em 1984, referem “...*que o curso de enfermagem deve incluir ensino aos futuros enfermeiros sobre como efectuar um trabalho generalista, capaz de proporcionar cuidados às pessoas idosas em situação de saúde e situação de doença*”. (Costa, 1994 p.17). Como base para o ensino teórico e prático apontam o “*desenvolvimento humano, o envelhecimento, o autocuidado, a protecção e promoção da saúde e a protecção da função social*”. Para o ensino prático recomendam o trabalho prático com a pessoa idosa em meio familiar ou no domicílio (ib. p.18).

Em 1987, foi transposta para o direito interno português a directiva comunitária n.º 77/453 (CEE, 1977, in Costa,1998) que diz respeito à formação profissional dos enfermeiros, nomeadamente os cuidados a prestar às pessoas idosas no domicílio e em serviços de geriatria.

Nos princípios genéricos a que devem obedecer os planos de curso de bacharelato em enfermagem são mencionadas as mesmas componentes teórico práticas (Costa, 1998).

Um levantamento sobre a formação de cuidados de enfermagem a idosos, efectuado em Escolas Superiores de Enfermagem, revelou a prevalência de um “modelo de continuidade” com o passado empírico de “saber enfermagem”. Fazendo a apologia de um modelo biomédico de abordagem, o parcelamento disciplinar na pessoa do idoso, ao nível da formação prática é desenvolvido predominantemente em instituições de idosos com objectivos de treino em destreza manual, privilegiando os cuidados curativos. Começam no entanto a surgir algumas perspectivas diferentes (Costa, 1994).

Em 1995 surgem os primeiros cursos de estudos superiores especializados de enfermagem com a componente específica de Gerontologia / Geriatria, onde se pretende dirigir o “cuidar” no sentido de manter, recuperar, promover a saúde aliviar o sofrimento, assistir nas situações críticas e no fim da vida, dinamizando a participação activa do idoso no seu contexto.

Também em 1995, a Comissão Europeia divulgou o relatório e recomendações sobre linhas orientadoras para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem aos idosos, elaborado pelo Comité Consultivo Para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem. Este documento reveste-se, sob o nosso ponto de vista, de uma importância fundamental, pois ao definir os objectivos e finalidades da formação de base e especializada dos enfermeiros, pode transformar profundamente os modelos que genericamente têm vindo a ser utilizados.

No passado, a imagem da terceira idade era dominada por mitos, estereótipos e ignorância, a ênfase era colocada nos aspectos negativos do envelhecimento. A velhice não é uma síndrome de dependência, devendo antes ser encarada como consequência natural do aumento da esperança de vida. E é sobre esta tónica que se deve desenvolver a formação dos enfermeiros, diz o relatório.

A qualidade da formação no domínio da enfermagem constitui a pedra angular da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos. Neste sentido recomenda o relatório citado que:

“O estudo dos cuidados prestados aos idosos, deverá ser reforçado e integrado em todos os aspectos dos programas básicos do ensino da enfermagem para permitir aos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais um melhor desempenho do seu papel. Deverá ser sujeito a um módulo específico de ensino e formação prática obrigatória” (p. 8).

“Tendo em conta a complexidade actual das necessidades dos idosos em matéria de cuidados de saúde e o papel atribuído aos enfermeiros pela sociedade, serão exigidos conhecimentos e aptidões especializados que se articularão numa formação de base geral. Os programas de formação especializados deverão permitir aos enfermeiros desenvolver uma prática avançada, a gestão do ensino, a gestão dos cuidados, a capacidade de efectuar investigação no domínio da terceira idade e assumir o papel de consultores em todos os níveis dos cuidados de saúde”. (p. 8)

Recomenda ainda que as opiniões dos idosos sejam tidas em consideração na elaboração dos programas de formação, uma vez que são os que melhor podem identificar as suas necessidades. Para a formação de base dos enfermeiros propõe como objectivos que os enfermeiros sejam capazes de:

- “Identificar as necessidades de saúde dos idosos, tendo em conta o impacto do meio sanitário e social, o modo de vida, cultura, valores e crenças, factores demográficos e epidemiológicos, condições socioeconómicas, sobre a saúde desses indivíduos;
- Planificar, aplicar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados tanto aos idosos saudáveis como doentes em meio hospitalar ou em estruturas comunitárias;
- Trabalhar numa equipa pluriprofissional envolvida nos cuidados aos idosos;

- Assegurar formação sanitária dos idosos, das suas famílias e das outras pessoas que prestam cuidados;
- Reconhecer problemas éticos nos cuidados aos idosos;
- Desenvolver uma relação afectiva e terapêutica com os idosos;
- Desenvolver capacidade de coordenação da equipe de cuidados e trabalhar com entidades oficiais e de voluntariado;
- Participar na formação de profissionais envolvidos nos cuidados a idosos;
- Identificar as suas próprias necessidades de formação contínua e suplementar;
- Fazer participar a pessoa idosa, a sua família e a comunidade nos cuidados de saúde, possibilitando-lhes a participação activa nas decisões sobre os cuidados de saúde dos idosos” (Comissão Europeia, 1995).

Os processos pedagógicos utilizados devem permitir uma participação activa e uma responsabilização pessoal do estudante no processo de aprendizagem. O programa deverá ser planeado de acordo com as políticas sociais, económicas e de cuidados de saúde, assim como do contexto cultural em que são prestados os cuidados aos idosos.

Para se poder dar uma resposta adequada às situações complexas em termos de enfermagem que os idosos por vezes apresentam, é necessária a aquisição de conhecimentos e competências especializadas.

Dos objectivos para a formação especializada queríamos apenas realçar os que nos parecem mais importantes, como sejam:

- Revelar capacidades de liderança e gestão em todas as áreas e em todas as instâncias dos cuidados de enfermagem aos idosos;
- Melhorar a prática da enfermagem através da utilização de investigações actuais, válidas e fiáveis relacionadas com os idosos;
- Assegurar o respeito das normas e a qualidade dos cuidados no âmbito dos recursos disponíveis;
- Servir de ponto de referência e de educador dos idosos, das suas famílias e das pessoas que prestam cuidados;

- Realizar investigações sobre cuidados de enfermagem e contribuir activamente para divulgar os conhecimentos e as evoluções nesta área, de forma a melhorar continuamente os cuidados prestados aos idosos.

Liderar equipas de apoio com o objectivo de melhorar a utilização dos recursos numa perspectiva económica para um melhor atendimento dos idosos, intervir como consultor nos locais próprios de decisão social e política assim como nos diferentes níveis de cuidados, são também capacidades a desenvolver nas áreas de formação, principalmente, pós-graduada. Esta é a área em que na perspectiva de Costa (1999) menos se tem feito e onde menos se tem evoluído.

Neste sentido, a autora coloca algumas questões para reflexão no espaço de decisão política em gerontologia e geriatria entre as quais: *“Que instituições ? Que articulação entre estas Instituições? ; “O que é possível desenvolver em termos de articulação Hospital / Lar, Lar / Centro de Saúde?” ; “Como poderemos racionalizar os recursos existentes ou a criar, face à problemática do envelhecimento da população?”*. Estas questões parecem-nos da maior pertinência e necessitam efectivamente de reflexão.

A enfermagem tem aqui o seu lugar e tem que se afirmar como profissão de ajuda, em que a preocupação fundamental é a saúde e o bem - estar das pessoas de idade como um todo e no meio em que estão inseridas.

Os debates da formação em enfermagem gerontológica e geriátrica devem desenvolver-se a partir de algumas temáticas fundamentais que são, na opinião de Costa (1999):

Questões Éticas - Deontológicas - As questões a debater relacionam-se fundamentalmente com os centros de cuidados de longa duração, as clínicas de preparação para a morte, a eutanásia e com os comportamentos profissionais promotores de dependência e infantilização do idoso. Inevitavelmente devemos ter formas de pensar e de intervir sobre estas problemáticas.

Os processos de formação devem fornecer aos enfermeiros os instrumentos que lhes permitam analisar a situação social deste problema, considerando os aspectos da diversidade e diferenciação culturais, encorajando a praticar a justiça na defesa incondicional da vida, na promoção da saúde e do bem - estar.

A logística dos cuidados aos idosos - O debate sobre as questões logísticas dos cuidados aos idosos continuará a centrar-se nas instituições de apoio a esta população (lares, centros de dia, centros de acolhimento, unidades de internamento...) que, se por vezes respondem a necessidades sociais e de saúde, outras vezes escamoteiam um conjunto de problemas sociais contribuindo para o afastamento social do idoso do seu meio. Por outro lado, o aparecimento de instituições visando o lucro em que o idoso raramente é o centro da sua existência.

O aparecimento de equipamentos polivalentes que permitissem o convívio entre gerações e uma diversidade de ocupação do tempo muito contribuiria para a logística dos cuidados aos idosos em instituição com uma face renovada e provavelmente mais humanizada.

A interdisciplinaridade de intervenções e a liderança dos cuidados aos idosos são dois aspectos de uma problemática que é fundamental debater, tendo em conta o desenvolvimento da formação dos profissionais de saúde, bem como a orientação da política dos cuidados em gerontologia e geriatria.

É necessário contrariar o pensamento vertical da prestação de cuidados aos idosos, pois o ser detentor de um saber não legitima a sua execução. A participação dos idosos, bem como das suas famílias e da sua comunidade no planeamento, execução e avaliação dos cuidados são a primeira garantia de sucesso desses mesmos cuidados e das políticas que os determinam.

Considerando o desenvolvimento da formação em enfermagem esperado para as próximas décadas, áreas de pós graduação relacionadas com a gerontologia e a geriatria serão um contributo fundamental para a saúde da sociedade do século XXI.

3 - Cuidados de Enfermagem nos Lares

Os níveis de cuidados a prestar à pessoa idosa são variados, pois, como já referimos, o envelhecimento é diferencial, não resulta apenas de factores biológicos mas da sua combinação com alterações psicológicas e das relações afectivas e sociais.

Gray (1985) citado por Costa (1998), definiu quatro níveis de cuidados aos idosos, pois ao longo da vida, o idoso pode em momentos diferentes necessitar dos cuidados dos diferentes serviços. Esses níveis são: **autocuidado**, deles fazem parte as medidas e decisões de comportamento pessoal para melhorar e manter a saúde; **cuidados informais**, estabelecem-se pelas redes familiares, de vizinhança e solidariedade local; **cuidados ambulatoriais** e **cuidados institucionais** (hospitais e lares). Os cuidados institucionais aparecem em último lugar, uma vez que representam já risco ou existência efectiva de desequilíbrio no processo de envelhecimento. Os cuidados de enfermagem institucionais a idosos, são extraordinariamente deficitários, principalmente nos lares (Belsky, 1996; DECO, 1997; Costa, 1998).

É dever do enfermeiro *“Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”* (Estatutos Ordem dos Enfermeiros, D.L. 104/98 de 21 de Abril, artigo 81º alínea c)). O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de valorizar a vida e a qualidade de vida (ibid. artigo 82º alínea c)).

A enfermagem assume assim uma responsabilidade fundamental na prestação de cuidados aos idosos. A vulnerabilidade dos idosos institucionalizados em lares e o baixo nível de cuidados aí prestados, exigem uma intervenção prioritária.

A legislação portuguesa refere alguns aspectos a que um lar de idosos deve obedecer, entre os quais, o número de enfermeiros, apontando para um por cada 30 pessoas não dependentes e um por cada 10 pessoas dependentes (acamadas). Mesmo sendo obrigatório a presença de enfermeiros nos lares, temos a percepção de que poucos são os que cumprem. No estudo realizado pela DECO e já anteriormente referido, em 22 lares estudados 16 não tinham enfermeiros. O exercício ilegal da profissão de enfermagem parece-nos mesmo ser generalizado neste tipo de instituições, situação que urge investigar e resolver em defesa da qualidade dos cuidados.

E nos lares que têm enfermeiros, serão os cuidados prestados tal como os entendemos e descrevemos anteriormente ? Se não, que significado têm para a qualidade de vida dos idosos ?

Na generalidade dos lares que dizem “prestar” cuidados de enfermagem, estes não passam de atendimentos pontuais, de serviço à chamada, normalmente para a execução de técnicas e cuidados de reparação em que há uma clara supremacia dos motivos económicos na escolha por estes serviços (Costa, 1998). Falta confirmar se esta mais valia económica é integrada na prática e na própria formação, considerando que *“o que é importante para a vida dos utilizadores, sem minimizar o que representa para quem presta estes cuidados”* (Collière, 1989, p.339).

Estas questões, não têm sido colocadas e por isso não investigadas. Temos a convicção de que, fruto de alguma “pressão” social e de uma maior consciencialização para os problemas destes idosos, a curto prazo os cuidados de enfermagem serão assegurados aos idosos residentes em lares, já que está em fase de revisão a legislação sobre estas instituições que inclui o enquadramento profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2000, p. 9)

Exige-se uma reflexão sobre a natureza destes cuidados, pois não podem ser actos automáticos e rotineiros. Têm que ser cuidados capazes de responder aos aspectos físicos, psicossociais e emocionais que são os do idoso que ali está e

que se interessa pela sua própria saúde. Como diz Costa (1999, p. 16), *“É no mundo dos cuidados ao e com o idoso que nós temos que entrar, penetrando nele de forma a perceber os idosos como alvo principal dos cuidados de enfermagem, não na perspectiva que construímos na cabeça...”* e que provavelmente nos foi transmitida na escola ou interiorizada pela prática profissional *“... mas antes a que diz respeito directamente ao idoso que está na nossa frente, com características muito específicas, as suas, das quais decorrem o que designamos por vezes abstractamente, cuidados personalizados”*.

Assim sendo, que modelo de enfermagem poderá melhor orientar os cuidados nos lares de idosos, para que deles resulte melhoria significativa para o bem estar de cada pessoa idosa aí residente ?

Referimos já com frequência, a independência, autonomia autocuidado, liberdade, responsabilidade, como constituindo aspectos fundamentais para manter e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa (Costa, 1994, 1998).

Dorothea Orem desenvolveu um modelo que tem como pressupostos que todas as pessoas têm necessidade de autocuidado e direito a exercê-lo, excepto quando não podem. Este modelo reconhece o direito e a responsabilidade de cada um cuidar de si próprio com a finalidade de manter a saúde, a vida e o bem estar (Pearson et al, 1992; Ribeiro, 1995).

O ambiente de lar é contrário à finalidade de reduzir a dependência, muitos autores referem mesmo que os lares são promotores de dependência, de declínio físico e psíquico (Belsky, 1996; Costa, 1998). Isto pode dever-se ao facto das limitações à liberdade de decidir, pela não atenção às reais necessidades de cada idoso, à não participação nas decisões, por substituir o idoso mesmo no que ele é capaz de fazer sem ajuda.

Autocuidado é todo o cuidado que é *“...prestado pelo próprio a si próprio”*; é uma acção deliberada que tem uma finalidade geral referente à resolução de carências individuais específicas para uma “vida válida” (Pearson et al, 1992). Ao aceitarmos

este conceito de autocuidado, significa que em vez de dizer aos utentes idosos o que fazer e de fazer coisas por eles, trabalhamos concretamente para os capacitar a tomarem decisões e agirem por eles próprios.

O autocuidado é uma atitude que evolui através de uma combinação de vida social e cognitiva e que é apreendida através da própria cultura, das comunicações e das relações interpessoais. O autocuidado valoriza a estima e a imagem da pessoa.

Este modelo é conhecido de muitos enfermeiros e tem na generalidade uma boa aceitação (Pearson, et al 1992). *“Os enfermeiros são capazes de demonstrar conhecimentos sobre modelos teóricos de enfermagem e sobre processo de enfermagem, mas continuamos com uma lacuna a este nível na prestação de cuidados”* (Basto, 1998, p.89).

Por tudo isto é necessário uma reflexão sobre o modelo proposto, incluindo-o nos programas de formação, pois parece-nos que uma prática de enfermagem nos lares de idosos, segundo o modelo de Orem poderia ser um marco de referência para os cuidados de enfermagem nos lares, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Rueda, 1999).

4 - A investigação e a situação dos idosos

As conclusões do quarto exame de avaliação da execução do plano de acção internacional sobre o envelhecimento são coincidentes com as avaliações anteriores e apresenta as seguintes conclusões (Nações Unidas, 1998, p. 2):

- O apoio domiciliário é escasso e na maioria dos casos só está disponível para uma proporção muito pequena de pessoas de idade;

- Apenas metade dos países tem formação especializada para enfermeiros, médicos ou assistentes sociais;
- A habitação nos locais onde vivem os idosos mereceu, neste exame, menos atenção por parte dos governos, enquanto se verifica um aumento do número de lares;
- Os programas de apoio à família tendentes à integração das pessoas de idade no seu seio, são muito limitados;
- Quase todos os países têm um regime de pensões de segurança social;
- Diminuiu o número de países que possuem programas preventivos e de reabilitação para atender problemas próprios da idade;
- Em mais de um quarto dos países não existe nenhum organismo que coordene as questões relacionadas com o envelhecimento, metade não tem plano de acção sobre o envelhecimento e mais de metade não tem centros de investigação em gerontologia/geriatria.

Em conclusão final o relatório refere que; *“...continua a ser difícil fazer que a crescente sensibilização para as questões do envelhecimento se traduzam em políticas e programas de acção”* (p. 17).

Isto significa que pelo menos desde 1985 (primeiro exame de avaliação) e mesmo com uma maior sensibilização da comunidade, a situação dos idosos não tem melhorado.

Se considerarmos a investigação, como um processo de obter conhecimento que vise a melhoria da situação individual e colectiva e a compreensão de como devem ser aplicados os conhecimentos, verificamos que no âmbito da problemática relacionada com o envelhecimento existe um longo caminho a percorrer (Nações Unidas, 1998).

Existem, no entanto, alguns estudos de investigação que nos deram subsídios importantes para o nosso trabalho e que não podemos deixar de citar.

Estudos citados por Belsky (1996) realizados por:

1) Lenke Y Moos (1986) estabelecem relação entre o número de idosos nos lares, as visitas de familiares e a qualidade da assistência prestada. Concluíram que os lares com maior número de idosos proporcionam maior segurança e mais serviço, enquanto que nos que têm menos residentes verifica-se uma maior harmonia entre o pessoal e os idosos. Verificaram ainda que os idosos com visitas mais frequentes dos familiares, tinham maior atenção por parte do pessoal.

2) Ambrogli e Lenardo (1988) analisam as incoerências e ilegalidades dos contratos propostos aos idosos para ingressar num lar, bem como a relação entre a condição económica da pessoa e a qualidade dos serviços que lhe são prestados. Concluíram que a maior parte dos contratos eram ilegíveis e que muitos continham cláusulas ilegais. Identificaram ainda que os idosos com maior poder económico tinham cuidados mais diferenciados. Este estudo sugere ainda que um objectivo implícito de muitos lares é retirar o controlo aos residente em lugar de o fomentar.

3) Noelker (1984) explorou a relação entre residentes e funcionários e comprovou a fraca intimidade e a existência de sentimentos negativos face aos idosos por parte dos funcionários dos lares. Concluiu ainda que a relação dos residentes entre si se caracteriza pelo alheamento, frieza e falta de respeito, se bem que existam alguns casos de proximidade.

Também em Portugal se têm desenvolvido alguns estudos relacionados com a institucionalização dos idosos dos quais queríamos referir:

1) Os trabalhos desenvolvidos por Paúl (1996 e 1997) que ajudam a compreender de forma muito clara a vida dos idosos na relação com o meio em que estão

inseridos e a influência da vida passada na forma de vida actual das pessoas, realçando as implicações dos diferentes contextos de vida.

2) Trabalho de Reis (1998) que relaciona a participação dos idosos nas actividades pessoais e sociais em dois lares de idosos. Concluiu que a participação na tomada de decisão no planeamento das actividades do lar é muito pouco referida, que as principais actividades desenvolvidas são as actividades domesticas e que as relações com o exterior não eram significativas. Verificou ainda que o melhor funcionamento a nível dos cuidados pessoais revelou-se importante para a ocupação em actividades de lazer, actividades sociais fora do lar e ainda na tomada de decisão no espaço privado.

Como vimos, menos de metade dos países têm centros de investigação sobre envelhecimento (Nações Unidas, 1998), o que justifica a pertinência e a necessidade de desenvolver projectos de investigação sobre problemas relacionados com a situação dos idosos em relação com o seu meio e qual o nosso contributo para a melhoria contínua da sua saúde, bem - estar e qualidade de vida. Qualidade de vida entendida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

É um facto reconhecido que a investigação em matéria de enfermagem é cada vez mais necessária para alargar o conhecimento e melhorar a qualidade dos cuidados e por conseguinte a qualidade de vida dos idosos (Comissão Europeia, 1995).

Genericamente, as questões relacionadas com a geriatria e os problemas dos idosos têm estado confinados a uma certa incapacidade para investigar sobre as fases finais da vida. Como refere Costa (1999, p. 20-21), os problemas dos idosos têm que ter *“desenvolvimentos inequívocos nas ciências de enfermagem, passando da mera iniciativa individual em investigar, a projectos de pesquisa centrados nas famílias e comunidades que permitam perspectivar outras políticas*

de saúde e bem estar para os idosos". Este trabalho é o nosso modesto contributo para alcançar tal objectivo.

SEGUNDA PARTE

Os idosos residentes em lares, percepção de bem estar e cuidados de enfermagem.

Na segunda parte deste trabalho, apresentaremos o nosso trabalho de campo, finalidades, objectivos e opções metodológicas bem como a apresentação, análise e interpretação dos dados e apresentação de conclusões.

CAPITULO I - O ESTUDO E AS OPÇÕES METODOLÓGICAS.

Ao enfermeiro cabe promover uma interacção harmoniosa entre o ambiente e o homem, para fortalecer as ocorrências dessas trocas e a integridade dos seres humanos e assim contribuir para a conservação do máximo de saúde e bem estar (Marriner, 1994 p.214).

Mas como poderá o idoso conceptualizar uma vida com qualidade quando é segregado do contexto social, quando se torna uma sobrecarga para a família, e muitas vezes institucionalizado em lares geradores de despersonalização, perda de auto-estima e isolamento ? Este é de facto um problema grave, com que muitos pessoas mais velhas se deparam.

Os enfermeiros têm responsabilidades específicas de prestar e promover os melhores cuidados possíveis a estes cidadãos.

Por tudo isto, e com o conhecimento que temos do funcionamento de alguns lares, desencadeia-se em nós uma preocupação séria com estes idosos. Por outro lado, os alunos do terceiro ano do curso superior de enfermagem, que orientamos no ensino clínico realizado em lar de idosos, referem nos relatórios finais, sem excepção, uma opinião favorável à existência de enfermeiros no lar para garantir uma melhor assistência aos idosos e assim proporcionar uma maior satisfação na vida.

Considerando bem estar como um tipo de autoconhecimento, caracterizado por uma imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que normalmente se expressa por relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência, (CIE, 2001), colocam-se-nos as seguintes questões:

Que percepção de bem estar têm os idosos residentes em lar?

Quais os factores que mais interferem no bem estar destes idosos?

Quais os contributos dos cuidados de enfermagem para a melhoria do bem estar destas pessoas?

É da vontade de perceber melhor os problemas levantados por estas questões, que partimos para a nossa investigação.

Antes de apresentarmos a metodologia adoptada, parece-nos pertinente recordar as finalidades e os objectivos do nosso estudo.

1 - Finalidades:

As finalidades do nosso estudo são: contribuir para o debate sobre a situação dos idosos institucionalizados em lares e propor vias de solução dos principais problemas relacionados com a saúde e bem estar destas pessoas.

2 - Objectivos:

- Conhecer a percepção de bem estar dos idosos institucionalizados;
- Contribuir para a reflexão da pertinência de cuidados de enfermagem em lares de idosos;
- Aprofundar conhecimentos no domínio dos cuidados aos idosos;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos residentes em lares e consequentemente para o seu bem-estar;
- Alertar para a necessidade de reflectir sobre os modelos organizacionais de apoio formal aos idosos.
- Saber em que domínios os cuidados de enfermagem prestados pelos alunos em estágio, contribuíram para a melhoria da saúde e bem-estar dos idosos.

3 - Metodologia

3.1 - Tipo de Estudo

“Na investigação em saúde e especialmente na promoção da saúde, necessitamos menos de estudos de laboratório e mais de investigação realizada nos lugares onde os indivíduos realizam práticas de saúde: as casas, escolas e locais de trabalho. Para esta classe de contextos a investigação altamente controlada experimental, é virtualmente infrutuosa, os trabalhos etnográficos, antropológicos e qualitativos são bem adequados e exibem grande poder”. (Lincoln, 1992, p. 375)

Assim sendo, a essência do nosso método de pesquisa terá a ver com o modo como o participante descreve o vivido, reflectindo igualmente a forma como ele vê e está no mundo. Será a descrição de experiências individuais vividas, sob o ponto de vista subjectivo dos participantes, ou seja, sob a consciência que eles têm do mundo e dos outros com que se entrecruzam.

Os métodos qualitativos são, para Lincoln (1992), todos os métodos não quantitativos que tentam observar o fenómeno de forma holística ou compreender o fenómeno dentro do seu contexto, procurando identificar e compreender o significado humano ligado a um grupo de circunstâncias ou fenómeno.

Para alguns autores, (Bogdan, 1994; Cristovão, 1997; Pia, 1999), a investigação qualitativa tem cinco características: 1) a fonte directa dos dados é o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal; 2) a investigação qualitativa é descritiva, os resultados da investigação incluem a transcrição de citações, partes de entrevistas, fotografias entre outros, como forma de ilustrar e substanciar a apresentação; 3) na investigação qualitativa o interesse do investigador, reside mais no processo do que simplesmente no resultado ou produto; 4) a análise dos dados é indutiva, os dados são recolhidos não para a confirmação ou não de hipóteses previamente construídas, ao contrário, as

abstracções são construídas à medida que se agrupam os dados recolhidos; 5) o significado tem uma importância fundamental na investigação qualitativa. Os investigadores estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas.

Assim sendo, consideramos que o método qualitativo nos faculta a possibilidade de nos integrarmos no universo em estudo, facilitando a exploração e a descrição das experiências vividas pelos idosos participantes, preservando ainda a integridade contextual dos dados recolhidos.

3.2 - Local do estudo

Obter autorização para desenvolver o trabalho de campo tendente à realização da investigação é, na perspectiva de Bogdan, (1994), o primeiro problema com que o investigador se depara. Dada a delicadeza do problema em estudo e a metodologia a utilizar, pretendendo “circular” livremente no lar por um período de cerca de sete meses, esperamos encontrar alguns obstáculos.

No sentido de minimizar os obstáculos, vamos desenvolver alguns contactos informais com uma chefia intermédia da instituição. Explicitaremos os objectivos do estudo e a metodologia ao presidente da instituição, entregando requerimento a formalizar o nosso pedido para realizar o estudo.

Vamos clarificar os aspectos inerentes ao mesmo, nomeadamente as horas a que pretendemos estar na instituição e a informação a recolher, sob o compromisso de manter o anonimato relativamente ao nome da instituição e das pessoas.

3.3 - População e amostra

Nesta etapa do processo emerge, na visão de Pia (1999), uma questão de vital importância para considerar rigorosa a investigação - a amostra. Quais devem ser os critérios para eleger os informantes ?

Alguns autores referem dois tipos de amostra: 1) amostra de opinião e 2) amostra teórica (Olaboénaga, 1996, citado por Pia, 1999).

A amostra de opinião considera-se de tipo estratégico, sendo os critérios de selecção formulados de forma explícita a partir de determinados interesses, facilidades, situações entre outros.

Assim sendo, a nossa amostra será constituída a partir dos idosos residentes num lar, e como critérios de selecção estabelecemos que os participantes tenham uma idade igual ou superior a 65 anos, apresentem capacidade de comunicar e se mostrem interessados em colaborar no estudo.

Utilizamos este principio para seleccionar a amostra, porque consideramos que o indivíduo só poderia ter o atributo de idoso com idade igual ou superior a 65 anos. Foram critérios de exclusão: 1) deterioração de funções superiores, incluindo linguagem; 2) recusas, duvidas ou reservas em participar no estudo. Pretendemos minimizar as dificuldades na recolha de informação através do instrumento de seleccionado (entrevista), respeitando o direito de participação ou não.

3.4 - Recolha de informação

No nosso estudo, procuramos adquirir um conhecimento que surja das experiências vividas pelos participantes. A entrevista é assim o instrumento eleito para a recolha de dados necessários.

Entrevista qualitativa é, para Bogdam (1994), o encontro entre o investigador e o informante, encontro este dirigido à compreensão das perspectivas que tem o informante a respeito das suas vidas, experiências ou situações, tal como a expressão com as suas própria palavras.

As entrevistas serão efectuadas após um mês da permanência de algumas horas diárias no lar, onde estabeleceremos contactos com os idosos e funcionários.

Como refere Bogdam (1994, p. 138), grande parte do trabalho envolve a construção de uma relação, permitindo que investigador e sujeitos se coloquem mais à vontade. Pois “... *quando o investigador já conhece os informantes a entrevista assemelha-se muitas vezes a uma conversa entre amigos*”, e é isso que pretendemos conseguir.

Elaboramos um guia para a entrevista com o objectivo de assegurar que os temas chave sejam explorados. Este guia serve para recordar os temas sobre os quais devemos fazer perguntas e está direccionado fundamentalmente para três focos temáticos: 1) a satisfação com a forma de vida actual; 2) as relações interpessoais e 3) a ocupação do tempo e actividade . As questões que constam deste guia são:

- Está satisfeito com a maneira como passa os seus dias?
- Como é que ocupa os seus dias?
- Que actividade pensa que pode realizar?
- Sente-se bem com a vida que tem?
- A vida que tem faz sentido para si?
- Tem contacto com pessoas, amigos ou familiares, que não estão no lar?
- Com os outros utentes do lar, como é que se relaciona?
- E com os funcionários?
- Com a vinda para o lar o que mudou na sua vida?
- Do que mais sente falta?
- Sente-se feliz?
- O que mais o ajuda a suportar as dificuldades?

Será garantida a confidencialidade das informações e o anonimato do informante, bem como a desgravação das entrevistas após a realização do estudo. Tentaremos que a presença do gravador não interfira no diálogo.

3.5 - Etapas do Estudo

O presente estudo desenvolver-se-á em três etapas diferentes: A primeira etapa, com a duração de cerca de dois meses, corresponde à integração na instituição que passará pela nossa apresentação e o desenvolvimento de contactos com os

idosos e funcionários, com a presença de pelo menos duas horas por dia. Durante este período procederemos à selecção da amostra e realização de entrevistas com o objectivo de conhecer como se sentem os idosos com a vida que têm, o seu relacionamento com os familiares, com os funcionários e entre eles, bem como as estratégias que utilizam para ultrapassar eventuais dificuldades.

Na segunda etapa deste estudo, com a duração de cerca de cinco meses, concluiremos a realização das entrevistas, e vamos orientar o ensino clínico dos alunos do 3º ano do curso superior de enfermagem que se desenvolverá no lar onde se realizará o estudo. Apenas a assistente social responsável pelo lar saberá que orientamos do ensino clínico. Todas as reuniões de planeamento, orientação e avaliação com os alunos serão efectuadas na escola.

Neste Ensino Clínico, os alunos orientarão a prestação de cuidados pelo modelo de “Dorothea Orem” por nos parecer o mais adequado para garantir a independência, autonomia, autocuidado, liberdade e responsabilidade, aspectos que consideramos fundamentais para manter e melhorar o bem estar e a saúde destas pessoas idosas.

No terceiro momento, com a duração de cerca de um mês, efectuaremos entrevistas, onde pedimos que nos relatem qual o contributo dos cuidados prestados pelos alunos durante o ensino clínico para a melhoria do seu bem estar.

4 – Tratamento da Informação

Como metodologia para tratamento da informação, utilizaremos a análise de conteúdo, por nos parecer a técnica mais adequada ao estudo.

Trata-se da desmontagem de um discurso e a realização de um novo discurso, utilizando um processo de localização e atribuição de traços de significação, resultado da relação dinâmica que se estabelece entre as condições da produção de discurso a análise e as condições de produção de análise (Vala 1986).

Para Bardin (1991) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos a descrição de conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção destas mensagens. Trivinos, (1990), citado por Silva, (1999, p.79) refere que esta técnica presta-se para o estudo “*das motivações, atitudes valores e tendências*”, que não se apresentam com a devida clareza à primeira vista.

Começamos por transcrever as entrevistas, após audição integral de cada uma.

Este procedimento permitiu-nos recuperar parte do ambiente em que tinham sido realizadas as entrevistas, as hesitações dos entrevistados perante esta ou aquela questão, e a forma expressiva como respondiam a determinadas questões.

Embora, a transcrição dos discursos dos vários entrevistados tenha sido um trabalho demorado, tivemos a possibilidade de sentir as linhas orientadoras, as coerências e as contradições de cada uma, tentando descobrir as ideias gerais que estão por detrás das opiniões dos entrevistados tentando codifica-las.

A codificação é, na visão de Bogdam (1994), um modo sistemático de desenvolver e refinar as interpretações dos dados. O processo de codificação inclui a reunião e análise de todos os dados que se referem a temas, ideias, conceitos, interpretações e proposições.

A questão da codificação é central no decurso da análise de conteúdo, sendo o objectivo da investigação transformado em categorias de análise (Goetz e Lecompte, 1989, citados por Silva, 1999)).

No que diz respeito à construção de um sistema de categorias ela pode ser elaborada à priori e à posteriori, ou ainda pela combinação destes dois processos (Vala, 1986). No nosso estudo o sistema de categorias foi definido à priori associado ao quadro teórico de que partimos, tendo no entanto definido à posteriori uma subcategoria que nos permitiu codificar informação importante para

o estudo e que não se enquadrava no sistema de categorias inicial. Codificamos os indicadores negativos e positivos relacionados com a categoria correspondente.

Na primeira e segunda etapa do estudo, efectuamos vinte e cinco entrevistas, com o objectivo de conhecer como se sentem os idosos com a vida que têm no lar, das quais tivemos que rejeitar duas, uma porque o informante não se enquadrava nos parâmetros previamente definidos e outra porque a interrupção da entrevista por outra pessoa inviabilizou a sua concretização. Na terceira etapa do estudo efectuamos dezoito entrevistas, com o objectivo de perceber qual o contributo dos cuidados prestados pelos alunos para a melhoria do bem estar dos idosos.

Procuramos manter a privacidade e controlar as interrupções, o que conseguimos em grande medida, no entanto, notávamos uma certa inibição nos idosos sempre que se percebia algum ruído estranho ou passos nos corredores. Esta inibição manifestava-se principalmente pela interrupção do discurso ou pela utilização de tom de voz mais baixo, factos que foram também descritos por Pimentel, (2001).

Conscientes da riqueza dos discursos, bem como da variedade e complexidade da informação obtida, torna-se difícil a sua organização em categorias de análise, sem correr o risco de empobrecer o sentido das palavras proferidas pelos idosos.

Efectuamos nova leitura das entrevistas, identificadas de E1 a E23 (entrevistas realizadas na primeira e segunda etapas do estudo) e de E2.1 a E2.18 (entrevistas realizadas na terceira etapa do estudo), procedimento que contribuiu para nos ajudar a esclarecer de forma progressiva as diferentes partes que constituem o *“corpus”*, e definimos as categorias e subcategorias (Vala, 1986).

Em seguida, apoiados no enquadramento teórico e nos objectivos definidos para o nosso estudo, iniciamos um processo de codificação, constituindo-se um sistema de segmentação e identificação prévia da informação (Vala, 1986; Ghiglione, 1992)

Passámos então à codificação das informações contidas nas entrevistas da seguinte forma: 1) recorte das respostas das entrevistas, transcrição e classificação por categoria, subcategoria, indicadores negativos e positivos, entrevista a entrevista; 2) organização semântica das respostas.

Decidimos respeitar e manter o padrão de linguagem utilizado pelos idosos, apesar dos termos e expressões deturpados, pois esta linguagem reflecte a cultura do contexto em que é reproduzida, permitindo-nos conhecer com maior rigor esta população.

Partindo desta organização e sistematização obtivemos, um conjunto de dados que nos possibilitou elaborar os quadros síntese a partir dos quais faremos a análise dos resultados.

CAPITULO II – Apresentação, Análise e Discussão dos Dados

Neste capítulo faremos a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos nas entrevistas efectuadas.

1 - Como se sentem os idosos com a vida no lar

1.1 - Satisfação com a forma de vida actual

Neste ponto tentamos perceber qual a satisfação dos idosos com a forma de vida actual, verificar como se alterou a sua vida com a entrada no lar, como sente a vida na instituição, o que o faz sentir feliz ou infeliz, que ganhos e perdas notou com a vinda para o lar. Os níveis de saúde as expectativas face ao futuro e as estratégias que utilizam para ultrapassar as dificuldades do dia a dia, ajudaram seguramente a compreender melhor como se sentem os idosos com a vida no lar.

Os dados obtidos são apresentados no quadro N.º 1.

Alterações na forma de vida com a entrada no lar

A solidão, o isolamento, a precaridade das condições económicas e habitacionais, bem como a falta de redes de suporte próximas, são para muitos idosos factores com solução positiva com a entrada no lar. *“Tenho outro conforto, comparado com o frio da minha casa e até a falta de comida, mudou para melhor”(E4); “Alterou para melhor eu vivia sozinha numa miséria andava a pedir nas festas, não dava para comer morava num barraco”(E10); “eu estava sozinha e tinha que ir para algum lado, antes quis vir para aqui do que ir para a França, se morrer sempre estou mais perto da minha terra”(E22).*

A entrada no lar para outros idosos melhorou a sua forma de vida no sentido em que solucionou problemas de conflituosidade familiar, *“Tinha muitos problemas em casa com um irmão por isso decidi vir para este lar; logo sinto-me muito melhor agora”(E12).*

Categoria	SubCategorias	Indicadores Positivos	Indicadores Negativos
Satisfação com a forma de vida actual	Alterações na forma de vida com entrada no lar	• Conforto • Resolução de problemas familiares • Cuidados de saúde	• Perda de saúde • Diminuição da actividade • Diminuição de contactos sociais • Perda de autonomia
	A vida no lar	• Ter alguém por perto • Sentimento de utilidade • Aspectos económicos • Apoio logístico	• Infantilização • Dificuldades económicas • Déficit de participação e controlo • Falta de privacidade • Normas institucionais • Revolta
	Sentimentos de felicidade / infelicidade	• Passear • Ausência de problemas familiares • Sucesso da vida passada	• Solidão • Falta de compreensão e decisão • Doença:

	Ganhos e perdas mais importantes	Necessidade de adaptação	- Dificuldades económicas - Perdas patrimoniais e sociais - Falta de companhia e carinho
	Níveis de saúde	- Ausência de doença - Medo de dependência	Patologias
	Expectativas face ao futuro	- Ajudar familiares - Gosto de viver - Esperar pela morte	Desinteresse pela vida
	Estratégias para ultrapassar dificuldades	- Realização de actividades - Religiosidade - Relações interpessoais	Acomodação

Quadro N.º 1 – A satisfação com a vida actual.

A relação com os filhos é por vezes complicada, sendo as noras e genros, para estes idosos os maus da fita, *“não gostava de ouvir certas coisas... tinha uma nora que não gostava lá muito do trabalho que eu dava”*(E3); *“o meu genro é um bandalho”*(E14). Mesmo não existindo um conflito manifesto entre o idoso e os seus familiares, a coabitação torna-se difícil, o idoso não se sente integrado no agregado familiar e sente-se uma sobrecarga. Surgindo a institucionalização como única alternativa, melhorando, desde a entrada no lar, as relações com os familiares. Estes resultados são confirmados pelos estudos desenvolvidos por Paúl (1996) e Pimentel (2001).

O acesso com maior facilidade a cuidados de saúde, podendo contar com a ajuda de alguém, significa para muitos um factor positivo da institucionalização *“estava numa pensão antes de vir para aqui para o lar; lá, se eu estivesse doente, tinha que ir ao hospital e desenrascar-me aqui tenho quem trate de mim”*(E7); *“se precisar de médico também se arranja sem ter que ir para o posto esperar horas sem fim”*(E18).

Estes resultados coincidem com os obtidos noutros estudos, nomeadamente os desenvolvidos por Paúl (1996) e Pimentel (2001), que referem que para alguns, o

ingresso num lar constituiu uma significativa melhoria das condições de vida e da sua estabilidade emocional. No entanto para outros, tal como confirmam os nossos dados, significou uma ruptura com o seu espaço físico e relacional acompanhado da consciência da situação de exclusão a que estão expostas.

A institucionalização representa um corte, simbólico ou real, com o meio social envolvente do idoso, tendo como consequências negativas, segundo os idosos, a diminuição da actividade e dos contactos sociais, *“Deixei de trabalhar e isso foi o que mudou mais.”* (E6); (E8); (E13); (E14); (E17); *“o que faz mais diferença é não ter nada com que matar o tempo”*(E5); *“Agora também falo com menos pessoas, quando estava em casa sempre ia fazer umas compras, via os vizinhos”*(E6); (E8); (E13); (E14); (E17); *“falo é com menos pessoas, quando estava em minha casa sempre ia a umas festas que era convidada, lanchar com umas amigas; agora passo os dias no quarto”*(E16); *“não saio tanto, não vejo as pessoas com quem falava lá na terra, não tenho nada para fazer”*(E3).

As regras condicionantes do quotidiano dos idosos constituem também um aspecto negativo da entrada no lar, *“passei a ter também uma vida mais presa e mais orientada por outros ou pelas regras e isso é o que mais me custa”*(E1); *“estava habituado a fazer o que me lembrava não dava satisfação a ninguém aqui não é assim, sempre temos hora para comer para deitar não se pode sair sem dizer para onde vamos”* (E1).

A possibilidade de poder decidir e ter autonomia são aspectos fundamentais para a saúde e bem estar dos idosos institucionalizados.

Pearson et al, (1992), definem autonomia como a liberdade que o idoso tem para decidir sobre si. Partindo desta definição verificamos, pelas declarações dos idosos, que autonomia é inexistente pelo menos em algumas áreas básicas, *“em casa estava mais liberta, não dependia de ninguém, dava as ordens e pronto a minha empregada era minha amiga nunca me tratou mal e aqui já”*(E20); (E21); *“sabe como é na nossa casa a gente faz o que quer quando quer, faz e desfaz à nossa maneira; aqui temos que cumprir regras e normas e isso às vezes custa um*

bocado e traz-nos chatices.” (E9); (E11); (E15); “foi como da noite para o dia, ou da água para o vinho, como quiser. Eu fazia o que queria à hora que me apetecia, comia o que me apetecia e se não queria comer não comia”(E5); “deixei de poder resolver as coisas que quero fazer, não posso fazer nada sem avisar” (E4); “estava habituado a fazer o que me lembrava não dava satisfação a ninguém aqui não é assim, sempre temos hora para comer para deitar não se pode sair sem dizer para onde vamos” (E1). Estes resultados são também confirmados pelos estudos realizados por Ambrogli e Lenard (1998), citados por Belsky, (1996) .

Santos (1995) e Paúl (1996) referem nos seus estudos que todos estes factores podem levar à perda de amor próprio, interesse e respostas emocionais diminutas, dependência excessiva, comportamento automático e ao afastamento de investimento psicológico no meio externo, que pode ser uma resposta por antecipação, defensiva, face a uma eventual rejeição por parte do meio, o que de certa forma se confirma no nosso estudo.

A vida no lar

A satisfação da vida no lar relaciona-se com o apoio logístico fornecido pela instituição, numa lógica de valorização das necessidades fisiológicas, alimentação, cuidados de higiene, ambiente confortável. A possibilidade de fixar residência e não ter preocupações são factores também considerados pelos idosos. Esta relação é também identificada nos estudos apresentados por Belsky (1996) e Pimentel (2001).

“Lavam-me a roupa e até me fazem a cama, por isso, está a ver que não tenho muito que me queixar” (E1); (E9); (E11); (E13); (E16); (E21).

“Eu estava com os meus filhos ... andava sempre de mala feita, mas não gostava de andar de lado para lado” (E3).

“Tenho a vida sossegada não tenho nada para fazer; nada me preocupa o que é importante para a nossa cabeça” (E13).

O passado de miséria, com experiência de dificuldades a diferentes níveis (trabalhos violentos, falta de comida e de habitação) leva a que muitos destes

idosos se sintam bem, uma vez que agora têm estas necessidades básicas satisfeitas (Paúl, 1996; Pimentel, 2001), *“as condições comparadas com as que tinha antes são um luxo”* (E9); *“este é o meu mundo, e é o melhor que já tive”* (E10).

Outro dos aspectos positivos da vida no lar é o facto de haver sempre alguma pessoa por perto, não pela companhia, mas pelo facto de que a existência de outras pessoas alivia o medo de necessitar de ajuda e não a ter disponível, o sentimento de segurança é factor positivo para o bem estar dos idosos, como referem estudos realizados por Lenke y Moos (1986) citados por Belsky (1996).

“Estou contente de estar aqui,... mas gostava mais de estar na minha casinha, só que lá tinha que estar sozinha”; *“aqui sempre tenho alguém por perto”* (E6); (E9); (E10); (E13). *“Em casa estava sozinha ... tinha muito medo de me acontecer alguma coisa e ninguém dava conta”* (E11); *“eu não tinha ninguém para olhar por mim e aqui deram-me a mão”* (E8).

Ter a possibilidade de trabalhar e ajudar nas tarefas do lar constitui motivo de satisfação, se bem que a autorização para trabalhar ou ajudar nas tarefas diárias da instituição seja privilégio de poucos, e depende em certa medida, da forma como a pessoa se coloca na vida, da iniciativa, do interesse, mas também do poder de influência que tem na instituição; *“Estou satisfeita porque me sinto útil”* ; *“Aproveito todo o tempo para não morrer de tédio, não sou como a maioria à espera da hora do almoço”* (E12).

A este respeito, Paúl (1996) refere-se a grupos de idosos, que sendo mais activos, têm uma comunicação mais intensa com os funcionários e colaboram em algumas tarefas tanto do lar, como privadas o que lhes confere um estatuto de destaque, sendo líderes de opinião do lar.

Os idosos com poder económico entendem como factor positivo para o seu bem estar dar algum dinheiro aos outros residentes. Pelo que podemos observar e conhecer destes idosos, os donativos não tinham um cariz solidário ou de

beneficência, era antes uma tentativa de continuar a manter um estatuto social perdido; *“Eu gosto de volta e meia dar algum, dá-me alguma satisfação”* (E2).

Os idosos com maior poder económico têm cuidados diferenciados, maior liberdade de circulação e de opinião e, como tivemos oportunidade de vivenciar, assumem uma certa posição de superioridade em relação aos outros residentes e mesmo em relação aos funcionários, aceite por quase todos sem grandes contestações.

Outros estudos colocam em evidência aspectos relacionados com o tratamento diferencial com base no poder económico e estatuto social. Não se referem aos serviços adquiridos por estes idosos mas, fundamentalmente, à forma como estes serviços são disponibilizados, Barney (1974); Belsky (1996); DECO (1997).

Todos os aspectos relatados pelos idosos como motivos de satisfação, visível no rosto e na ênfase que colocam no discurso, contrasta com a voz trémula e a lágrima nos olhos quando nos falam de outras vivências do dia a dia no lar.

Viver no lar, significa para os idosos ausência de participação e de controlo, assim como restrições a liberdades essenciais, como seja o direito de sair para passear. *“Sempre gostei de saber, de opinar. Aqui estou fechada, não conheço ninguém e sei muito pouco do que se passa”* (E2); *“...vir para aqui, até nem dormia”*; *“nem penso se estou bem ou mal, estou”*; *“gente aqui não manda nada, não tem cá quem nos possa ouvir”* (E6); *“quero sair para dar uma volta e é sempre uma complicação”* (E5); *“Sentia-me bem se tivesse mais liberdade para andar aqui e acolá”*; *“gostava de ir todos os dias à minha terra”* (E20). Estas são também algumas das conclusões de um estudo realizado por Ambrogli e Lenard, (1998), citados por Belsky, (1996).

Este tipo de atitudes, condicionantes da vida dos idosos, leva na opinião de Paúl (1997), a comportamentos de afastamento, redução da actividade, aumento da dependência, falta de eficácia e controlo.

As dificuldades que são permanentemente colocadas à saída dos idosos para passear leva, quase sempre, como podemos verificar, ao isolamento num sofá do canto, do salão ou no quarto. Outros decidem sair sem autorização, o que lhes custa uma chamada de atenção e um recordar das regras institucionais.

Este ponto relaciona-se ainda com a existência de normas institucionais que limitam a vontade do idoso em desenvolver determinada actividade, condicionando a interacção e o relacionamento entre eles, *“Queremos ficar a jogar cartas, ou a ver o telejornal e temos de ir para a cama porque fica na hora de apagar a luz”* (E4); (E19). O cumprimento de normas gerais e restritivas, consequência da falta de sensibilidade das instituições para a especificidade e experiência de cada indivíduo, são sentidas muitas vezes como mais penalizadoras do que a ausência de outras condições (Pimentel 2001).

A falta de privacidade, reflectida fundamentalmente pela vida em quartos com várias pessoas e o pouco cuidado com os bens pessoais, *“Nós trazemos para aqui as roupas e eles misturam tudo e eu fico danada com estas coisas, o que é meu é meu”* ; *“passei a dormir no mesmo sitio com mais três; não posso estar à vontade”* (E4). Estes aspectos, também referidos por Paúl (1996), constituem factores importantes de insatisfação dos indivíduos idosos institucionalizados em lar.

A infantilização é uma atitude comum nas instituições de idosos que referem, *“Aqui é como meninos está na hora de comer, está na hora de ir para a cama, não pode sair que está mau tempo, ou está calor de mais”*; (E5); *“Pensam que estão a falar e a tratar de crianças, se calhar é isso que elas pensam que nós somos”* (E5). Tivemos oportunidade de assistir a situações em que funcionários tratavam todos os idosos por “tu” e ameaçavam fazer queixa à directora do lar se não cumprissem determinada orientação.

Este tipo de atitudes impede, na óptica de Berger (1995), que o idoso possa atingir uma melhor qualidade de vida, uma vez que a imagem que os outros têm dele condiciona a sua auto-imagem, pelo que temos que combater por todos os meios estas atitudes em relação aos idosos.

Belsky, (1996), identifica com um dos principais problemas de ingresso nos lares, o tipo de contratos e os preços a pagar, aspectos também referidos pelos idosos que entrevistamos, *“Não faz ideia do dinheiro que tenho para aí dado”*; *“para entrar aqui e ficar com estes dois quartos só para mim tive que dar a quinta que tinha um palácio”* (E2). Os idosos de menos recursos são frequentemente confrontados com esse facto o que lhes provoca um sentimento de desconforto por entenderem que estão no lar por caridade e não por direito, *“Em casa a minha reforma dava para alimentar quatro bocas, aqui estão sempre a dizer que não chega”* (E7).

Nota-se em alguns idosos uma certa revolta e desespero, com a forma como vivem o dia-a-dia no lar, entendendo o facto de estar no lar como um castigo que não mereciam dada a sua vida passada, *“antes quero morrer que aturar isto, eu nunca fiz mal a uma mosca, olhe ando para aqui como Deus quer”* (E8); *“Vou para a cama e passo noites sem dormir a pensar no que se passou para acabar assim, mas não chego a lado nenhum”* (E22). A reminiscência obsessiva traduz falta de integração, situação que encontramos com muita frequência nestes idosos (Paúl, 1996).

Sentimentos de felicidade / infelicidade

Pretendíamos saber quais os factores que mais contribuíam para que os idosos institucionalizados se sentissem felizes bem como os que são desencadeadores de infelicidade.

Os factores que preenchem a vida dos idosos com significado pessoal e satisfação, e por isso motivo de felicidade, centraram-se fundamentalmente no sucesso da vida passada, na ausência de problemas familiares e na actividade.

A harmonia das relações familiares, o sucesso profissional dos filhos e a presença dos netos são motivos de felicidade para os idosos. *“Quem é que não está feliz por chegar aos noventa anos, não tenho família zangada uns com os outros e são meus amigos”* (E7); *“feliz por ter os meus filhos casados e formados*

o resto nem penso para não estragar os dias” (E20); *“Estou feliz por ver os meus filhos e netos felizes e todos unidos”* (E8). As conclusões idênticas chegaram; Berger (1995); Pimentel (2001).

Embora nestes casos tenha sido quebrado o pacto social entre gerações, de que fala Pimentel (2001), o investimento feito nos filhos é motivo de orgulho satisfação e felicidade.

Outros aceitam as limitações actuais como inevitáveis no envelhecimento e sentem-se felizes mostrando-se satisfeitos com o passado e o presente, revelando-se também importante a manutenção de algum nível de actividade, (Paúl, 1996) *“...feliz porque estou vivo ... depois do que já passei, chegar a esta idade sem muitas doenças ter onde dormir e onde comer, que mais quero eu?”* (E3); *“estou bem com a minha consciência, trabalhei sempre muito para poder criar os meus filhos, não lhes dei muito, mas dei tudo o que podia”* (E4); *“Eu nunca passei martírios, nem com o meu marido, nem com os patrões”* (E12); *“Só ando mais contente quando ando por lá, só de sair daqui e dar uma volta na rua já fico satisfeito”* (E5).

Poderemos falar aqui de casos de envelhecimento bem sucedido, o sentir subjectivo de felicidade relatado por cada um, não se compadecendo com as características reais do seu meio ambiente, é uma percepção do meio actual confrontado com o ideal, que se pode compreender à luz da reconstrução da história de vida de cada um.

Como refere Wong (1989), a saúde e a satisfação na vida dependem da atribuição de um sentido à vida. Logo, a descoberta ou a criação do significado, (sucesso dos filhos, actividade, êxitos pessoais do passado) é a forma de ultrapassar as perdas pessoais e o desespero na velhice, podendo existir sentimentos de felicidade.

O sentimento de infelicidade dos idosos no lar relaciona-se basicamente com três factores: a solidão, a falta de compreensão e poder de decisão e o sofrimento físico.

“O único problema é estar muito só” (E7); *“Sinto-me um bocado sozinha”* (E22). A forma como estes idosos relatam este sentimento de solidão revela que esta é uma experiência excessivamente penosa, que se liga, como refere Berger (1995), a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias.

O problema da solidão constitui uma situação susceptível de interferir de modo significativo com a saúde, segurança e bem estar das pessoas idosas, e é particularmente ameaçadora nas pessoas idosas nos lares tendo em consideração o ambiente destas instituições.

Uma idosa refere *“estou para aqui, como se sente um passarinho na gaiola”* (E15), queria ela dizer estou para aqui, abandonada e presa. Este sentimento de abandono e prisão é, com frequência, referido pelos idosos nas conversas informais.

A falta de uma relação harmoniosa com os outros residentes, como veremos adiante, constitui factor de isolamento que é susceptível de aumentar a solidão (Santos, 1995), *“aqui não é como estar na nossa casa, isto é uma casa de todos e não é de ninguém”* (E16).

Os princípios da Assembleia Geral das Nações Unidas, a favor da pessoa idosa, afirmam, entre outros, o direito à tomada de decisão. Referimos já, no decorrer deste trabalho, que nos lares de idosos este direito não se verificava, o que veio a ser confirmado pelos idosos, *“falta compreensão, nós aqui não mandamos nada”*; (E17). *“Sinto-me muitas vezes muito triste, porque a gente aqui não manda nada”* (E6). A falta de compreensão que se traduz na não valorização das opiniões dos idosos e na tomada de decisão independentemente destas opiniões, reflecte bem

a falta de qualidade destas organizações como referem Cadete (1993) e Santos (1995).

O sofrimento é factor de infelicidade e de depressão, levando mesmo nos casos de maior dependência ao desejo de morrer. Estes sentimentos ficaram bem expressos nos relatos dos idosos, não apenas nos conteúdos mas, até de forma mais explícita, na maneira como os relatavam, *“Sofro muito e queria morrer”* (E23); *“a felicidade já não é para mim, estou a ficar velhote e com doença que sentido faz falar de felicidade?”* (E21); *“quando estou menos atacado das dores sinto-me bem, mas quando a coisa aperta, só penso em desaparecer”* (E19). As lágrimas nos olhos dos idosos fizeram-nos compreender bem o desânimo e a pouca vontade de viver que têm.

Ganhos e perdas mais importantes

Com o ingresso num lar, muitos idosos têm que se confrontar com inúmeras perdas: económicas, de elos sociais e de património algumas vezes construído com imenso sacrifício, para além da companhia e afecto dos que lhes eram mais próximos. Estas perdas podem desencadear, na visão de Carrol (1991), sentimentos de abandono, dependência, depressão, sensação de fracasso e humilhação.

As perdas económicas já sentidas, aquando da passagem à reforma, agravaram-se com a entrada no lar, uma vez que grande parte, se não todo, do seu rendimento mensal fica na posse da instituição, *“Sinto falta de dinheiro, para poder sair daqui para fora”* (E4); (E10); (E11); (E17); (E19).

Acontece que, como podemos verificar pelos dados apresentados e confirmados por Barreto, (2000), as carências dos idosos vão muito além das económicas podendo ser:

1) relacionais, *“desde o primeiro dia que vim para aqui que me sinto mais triste principalmente porque não posso sair para ir ... ver os meus amigos”* (E7); (E2);

“quando penso na gente da minha terra e na quinta que tenho a monte, passo algumas horas difíceis” ; “tenho menos gosto na vida cada dia que passa, isso é verdade” (E1). A falta dos filhos, ou de familiares mais próximos, assume um peso substancial na falta de relacionamento destes idosos desencadeando sentimentos de apreensão, isolamento, e abandono, mesmo quando as relações com os filhos não eram as melhores, *“sinto muito a falta dos meus filhos embora não nos desse-mos lá muito bem”;* (E10);(E11);(E17);(E19); *“sinto falta da minha família, eu tinha muita intimidade com os meus irmãos e sobrinhos, vim para aqui e fiquei isolada”* (E16); *“Mas se tivesse pelo menos um filho mais perto estava mais descansada”* (E22); (E6).

2) Afectivas, a necessidade de afecto e carinho mantém-se nas pessoas idosas como referem Berger (1995); Pimentel (2001). Aliás ficou para nós bem claro que se o apoio logístico e de satisfação de algumas necessidades básicas foi importante, a falta de carinho e afecto são as principais perdas com a entrada no lar *“Preferia passar fome em casa do que estar aqui”* (E4); *“... nunca mais tive carinho como o que ele me dava, sinto falta de alguém em quem possa depositar as minhas amarguras é por isso que quase todos os dias choro alivia a alma sabe.”* (E15); *“Sinto falta de carinho é o que me faz mais falta sem dúvida”* (E2).

3) Convivência e a necessidade de companhia e de alguém que perceba os seus problemas e dificuldades é sentida por muitos idosos, constituindo a viuvez uma perda significativa, *“Perdi companhia verdadeiramente. Sinto falta do meu marido”* (E20); (E6); (E8);(E9); *“alguém que me fizesse companhia estamos aqui muitos, mas todos sozinhos sabe, não se pode confiar em ninguém”* (E11); *“alguém que perceba os problemas de quem é velho”* (E3).

Nenhum idoso nos referiu ganhos significativos com a entrada no lar, temos no entanto alguns registos que interpretamos como situações de adaptação ao ambiente adverso do lar.

Berger (1995) descreve o ciclo de reacção às perdas em três fases distintas. Passada a fase de negação, agitação, hostilidades e problemas fisiológicos, o

indivíduo volta-se para si próprio com sentimento de desgosto de tristeza e de algumas perdas, *“tenho tudo, é claro; só me falta a conversa com a vizinhança”* (E13). Finalmente, surgem os sintomas de aceitação que correspondem a uma resolução positiva e a um reinvestimento afectivo, transita-se assim para uma progressiva resignação que leva a um novo estágio de reorganização, *“a opção de vir para aqui foi minha e por isso tive que me adaptar a esta vida e aqui aprendi a viver bem com tudo”* (E12); *“O que me pode faltar? Eu estou aqui e de um momento para o outro, se Deus quiser, podemos ir”* (E22).

Níveis de saúde

A presença de doença, frequentemente o motivo que os trouxe para o lar, é um dos motivos de maior sofrimento físico, e simultaneamente um dos factores mais importantes de declínio da actividade que conduz inevitavelmente à dependência. *“A maldita bronquite, não me deixava fazer grandes coisas, sem falar no reumático que nem me deixa dormir em condições”* (E5); *“não tenho força nas pernas para nada é só andar neste carrinho de um lado para o outro, sujeito-me ao que me ajudam”* (E18).

As alterações cognitivas, consequência de doença física são desencadeadoras de tristeza, *“também aqui há tempos deu-me um raminho e fiquei um bocado esquecida, já não consigo fazer as mesmas coisas e isso às vezes põe-me triste”* (E16).

Os comportamentos de adaptação só são afectados quando o funcionamento biológico atinge um determinado limite ou ponto crítico. Este ponto crítico que pode surgir após uma doença faz, como refere Berger (1995), com que o idoso tome consciência das suas limitações e perdas. E, como tivemos oportunidade de verificar, perdas pouco significativas no plano biológico tinham repercussões drásticas ao nível do comportamento.

Talvez por isso, era notório o esboçar de um sorriso e a satisfação com que os idosos referiam “ausência de doenças” como contributo importante para o seu

bem estar, *“não tenho para já nenhuma doença que me preocupe”* (E1); *“Sinto-me bem porque não me dói nada”* (E10). Mesmo tendo alguns motivos de amargura, ou ter que viver segundo as orientações de outros sem poder de decisão, chegar a idades avançadas sem doença é motivo de satisfação e felicidade, *“Sinto-me feliz porque apesar de ser viúva, e viver aqui à vontade dos outros, todos me dizem, quem me dera chegar à sua idade assim”* (E15). Segundo Berger (1995), a ausência de doença permite ao idoso conservar a sua capacidade de adaptação até idades avançadas. Temos, no entanto, que considerar que para se poder falar num nível de saúde óptimo no idoso, é necessário avaliar um conjunto de sistemas não exclusivamente orgânicos mas também psicológicos e sociais .

Ligado às questões de saúde e doença, surge o terrível medo da dependência, *“não queria era ficar para aí empregado como vejo alguns, é uma tristeza ficar a depender dos outros, disso tenho muito medo”* (E3); *“vou à missa pedir para que me conserve pelo menos como estou, tenho um medo que me pelo de cair aí numa cama”* (E10).

A situação de dependência resulta frequentemente, em primeiro lugar, de alterações negativas no estado de saúde dos indivíduos. Acontece que nos idosos residentes em lares a ocorrência de dependência é potenciada pelo isolamento sensorial, pelo afecto depressivo, as contingências institucionais bem como o papel do pessoal que conduz à passividade, como referem Berger (1995); Belsky (1996); Paúl (1996); Pimentel (2001).

Paúl (1996), citando White e Johnson (1986), refere estudos em que a saúde foi considerada variável do controlo em idosos institucionalizados, verificando-se a sua associação à perda de controlo percebido, associada com “locus” de controlo externo, sendo indutora de uma menor satisfação de vida.

Os idosos conhecem e sentem estes problemas, por outro lado presenciam o nível de cuidados que são prestados aos residentes com dependência. Referiram-nos isso mesmo, várias vezes, em conversas informais, o que agrava este sentimento de medo.

Expectativas face ao futuro

As expectativas face ao futuro são, para os idosos com uma perspectiva mais positiva da vida actual, limitadas aos cuidados a prestar a outros familiares também residentes no lar e em situação de dependência, ou ao gosto pela vida com a conformação e aceitação da morte quando “Deus quiser”. Encontramos porém outros idosos com um desinteresse completo pela vida desejando, alguns, mesmo a morte.

A prestação de cuidados a outros parentes que se encontram também no lar, que pode ser cunhado, marido, ou a mãe, como encontramos num dos casos, é encarado pelos idosos como um dever, “*tenho o dever de ajudar o meu cunhado que coitado não tem mais ninguém*” (E1); “*enquanto ele for vivo é esta a minha vida, depois logo se vê*” (E18), (E17). O cumprimento deste dever dá uma certa satisfação e um objectivo a estes idosos.

Alguns idosos têm uma perspectiva positiva da vida o que os leva a encarar o futuro sem preocupações, “*tenho um espírito que não me deixa abater por qualquer coisa, dou sempre a volta por cima, eu gosto de viver*” (E12). Noutros casos é a construção de uma finalidade e aceitação para o acontecimento, constituindo assim parte de um objectivo mais alargado como o caso da vontade divina, “*estando vivo é sempre em frente até chegar o dia, não nos podemos deixar abater por estas dificuldades, vamos andando como Deus quer e se ele quer assim tem que ser*” (E19). Esta forma positiva de compreender o comportamento passivo dos idosos foi distinguida por Rothbaum et al. (1982) Citado por Paúl (1997) como controlo secundário interpretativo. A ligação aos filhos e netos leva também a que alguns idosos construam expectativas positivas em relação ao futuro, “*quero viver, gosto muito dos meus filhos e dos meus netos, quero estar viva*” (E7).

As expectativas para muitos são esperar pela morte, *“tem sentido para mim própria, se a morte chegar aceito”* (E2); *“depois de tudo o que passei, agora quero é descansar”*; *“descansar porque já se sabe o que nos espera mais dia menos dia”* (E3). Aceitar a morte, não significa aceitá-la antecipadamente e muito menos ter medo de morrer, mas encaram de forma positiva como sendo mais uma etapa da vida, mesmo sendo a última.

A morte no lar é vivida pelos residentes com profunda tristeza, que se pode observar nos rostos dos idosos, na diminuição das conversas e dos conflitos entre eles e a televisão não se liga durante uns dias, *“Quando morre aqui algum, é uma tristeza mesmo grande”* (E6). De realçar que estes sentimentos e o ambiente que se vive é sempre igual, mesmo que o idoso falecido não seja conhecido dos outros, o que acontece com frequência principalmente com os dependentes que não saem do quarto.

Alguns idosos têm uma perspectiva face ao futuro muito negativa, condicionada principalmente pela doença e pelo desinteresse ou perda de familiares. *“Eu queria era morrer, peço ao Senhor para me levar e ele não me liga nenhuma”* (E23) como refere uma idosa cujo agravamento da sua situação de saúde a impede agora de sair da cama. *“Há dias que não tenho grande vontade de viver”* (E10) refere uma idosa a quem os filhos prometem visitar e sistematicamente não aparecem. A perda do cônjuge retira a muitos idosos o sentido à vida. *“... cá me vou entretendo para não pensar muito na vida, mas agora não tenho rumo certo, é para onde for”* (E21) este é o sentimento de uma idosa quando se refere à recente perda do marido.

Estratégias para ultrapassar dificuldades

Procuramos saber como é que os idosos ultrapassam a perda ou diminuição de muitas das maiores fontes de significado pessoal (família, casa, vizinhos e amigos, ocupação) e atribuem sentido à vida.

Atribuir um sentido à vida condiciona fortemente, na visão de Wong, (1989), a saúde e a satisfação na vida de cada um. Parece que a descoberta / criação do significado leva a ultrapassar as perdas da velhice. A descoberta de significado pessoal faz-se, segundo o mesmo autor, pela utilização de quatro estratégias, a “reminiscência”, o “empenhamento” o “optimismo” e a “religiosidade”.

Através dos dados que obtivemos, verificamos que estes idosos utilizam como principal estratégia a religiosidade e a reminiscência, para dar sentido à vida que têm no lar, *“vou para a capela à tarde e é o melhor sítio sossegado e fico mais aliviada quando de lá venho”* (E6);(E7); *“Rezo, e penso muito nas coisas boas que passei isso ajuda muito a passar o tempo”* (E2);(E13);(E14); (E17);(E18);(E19);(E22); *“Se eu não acreditasse em Deus não valia a pena viver.”* (E16); *“A ler as minhas cartas e a rezar”* (E15).

O empenhamento no trabalho, que se realiza na oficina do lar, é outra estratégia utilizada pelos idosos, *“o que ainda me vai consolando são os trabalhitos que vou fazendo lá na oficina, porque enquanto lá estou nem dou conta do tempo passar”* (E21); *“trabalhar, pois estando a trabalhar estamos com a ideia no trabalho que não pensamos noutras coisas piores”* (E9).

O optimismo, considerado como o sentido de esperança que evita o desespero, é estratégia pouco utilizada por estes idosos, sendo pontualmente referida, *“esperança que quando abrir o lar na minha terra eu vou para lá, onde conheço as pessoas e o ambiente”* (E4).

Outra estratégia utilizada por estes idosos é o envolvimento e empenhamento nas relações familiares como forma de satisfação e sentido de vida, *“falar com os meus filhos e uns amigos, e quando vejo os meus netos esqueço tudo, gosto de brincar com eles e eles também são muito meus amigos”* (E9); *“desabafar com uma sobrinha minha que é a única que me ajuda a aguentar certas dificuldades quando cá vem, coitada, ouve tudo”* (E11).

A simples possibilidade de ter uma janela no quarto, local de onde não se sai quase nunca, e *“Ver as crianças ali da escola a brincar no jardim, é a vista mais bonita da minha janela”* (E20) é motivo de satisfação.

Mas muitos dos idosos residentes no lar revelam uma acomodação e um desinteresse, encarando a situação actual como fruto do destino, *“... tenho que cumprir o que me está destinado até que chegue a hora”* (E5); (E8). A visão estereotipada do envelhecimento bem como o abandono e a falta de saúde, leva muitos destes idosos a ter sentimentos de desespero e a não conseguir atribuir um sentido para a sua vida, *“quem vai para velho e está só não tem mais o que esperar”* (E2); *“Quando ficar a dar muito trabalho que Deus me leve é só o que peço”* (E8); *“Chorar, e rezo muito, peço ao Senhor que me leve”* (E23).

1.2 – Relações Sociais

Outro ponto de interesse no nosso estudo era saber como se sentem os idosos no lar, as relações sociais que estabelecem, nomeadamente com pessoas significativas, com os outros residentes e com os funcionários. Os resultados obtidos são apresentados no quadro N.º 2.

Pessoas significativas

Os indicadores apresentados mostram-nos que os contactos sociais gratificantes para os idosos, se restringem às saídas do lar e às visitas de familiares e ou amigos.

As visitas à terra onde viviam são, pelo que podemos verificar, as saídas mais significativas, pois constituem sempre a possibilidade de contacto com as pessoas da aldeia. As saídas do lar só para passear não têm o mesmo significado, porque como nos referiu um idoso, *“por aqui não conheço ninguém”*, de qualquer forma sempre é uma possibilidade de ver outras pessoas e outro ambiente, *“... os meus sobrinhos, eles só cá vêm de mês a mês, mas sempre vou dar uma volta”* (E8).

Categoria	SubCategorias	Indicadores Positivos	Indicadores Negativos
Relações sociais	Pessoas significativas	• Passeio ao exterior • Visitas	• Redução progressiva das visitas • Limitações a saídas do lar • Interesses económicos • Desinteresse / ausência de familiares
	Residentes	• Relações de cortesia • Amizade	• Conflitos: – estatuto – espaço – comportamento • Auto exclusão
	Funcionários	• Colaboração / favores • Relacionamento pacífico	• Maus tratos • Gratificações • Desrespeito / indiferença • Subserviência • Desrespeito pelo ritmo de vida do idoso

Quadro N.º 2 – Relações Sociais

As visitas de amigos constituem momentos de relação importantes para os idosos, e são a oportunidade de saber novidades da terra e das coisas a que estavam ligados, *“Tenho, de alguns bombeiros que de longe a longe passam por aqui, são amigos que eu lá tinha”*. (E4); *“Tenho de vez em quando uma pessoa ou outra lá da terra que passa por aqui quando vem para estes lados”* (E14), estas visitas mesmo sendo esporádicas são de grande importância, contribuindo para diminuir a sensação de abandono. Também Pimentel (2001) identifica, no seu estudo, a importância da manutenção destas relações sociais com os amigos e familiares, como forma de evitar o isolamento em relação ao espaço exterior. As visitas regulares dos filhos e principalmente dos netos, são extraordinariamente relevantes, como tivemos oportunidade de verificar, por criarem momentos de relação afectiva intensa, mantendo-se em alguns casos patente a conflituosidade

com a nora ou genro, que são perfeitamente dispensados destes momentos, “o meu filho vem cá quase todos os fins de semana, ... às vezes traz os meus netos são os melhores bocadinhos que aqui passo, a minha nora quase nunca vem, ela também é marca pistola, não faz cá grande falta” (E6); (E7); “os meus filhos todos os dias vêm cá, pelo menos um e traz os meus netos” (E9).

Alguns idosos, os mais independentes, têm possibilidades de estabelecer relação com outras pessoas principalmente durante a participação activa que têm nos trabalhos do lar, “as pessoas lá no bar é realmente com quem mais converso.” (E12). De realçar que são muito poucos os que participam nestas actividades, facto também referido por Paúl (1996).

Os contactos frequentes com pessoas da sua relação são importantes para a manutenção de uma vida social interna e externa mas principalmente para a manutenção da sua autonomia (Belsky, 1996).

Mas nos lares, são inúmeros os factores que condicionam a manutenção desta ligação social ao exterior e reportando-nos aos nossos dados eles centram-se fundamentalmente, na frequência e duração das visitas, nas limitações às saídas do lar, nos interesses económicos, na ausência ou desinteresse dos familiares.

Estudos apresentados por Drulhe (1981) apontam para que 1/3 dos idosos não têm vida social exterior e que mais de 1/4 não têm oportunidade de efectuar qualquer tipo de troca com pessoas do exterior. Também Paúl (1996) se refere ao número reduzido de idosos com visitas regulares. No nosso estudo os idosos atribuem a falta de contacto sociais exteriores à ausência de família, “Não tenho família, ninguém, sou filha única” (E2); “Não tenho ninguém...” (E10); “Não tenho ninguém, fiquei viúvo já lá vai um bom par de anos não tinha filhos” (E5), ou pelo facto de estarem a viver longe, “a minha filha essa está longe só cá vem duas ou três vezes no ano, está lá para Lisboa é muito longe” (E14); “os meus filhos estão em França, não podem cá vir” (E22).

Outro dado importante é o facto de que a frequência e a duração das visitas vai diminuindo à medida que o tempo passa, *“...as pessoas que eu conhecia lá da minha terra ainda as encontrava no início quando vim para aqui, mas com o tempo tudo esquece”* (E10); (E6); (E7); *“os meus filhos passam por cá às vezes, de início vinham mais mas têm muito trabalho; ainda se o meu marido fosse vivo, sempre tinha uma companhia; assim vamos andando”* (E11); *“de início quando para aqui vim passavam mais vezes; agora é raro; a gente vai esquecendo”* (E14). Este distanciamento progressivo é sentido, como podemos verificar, de forma dolorosa pelos idosos, mas desculpam o esquecimento a que são votados encontrando sempre uma desculpa. Estes dados são confirmados pelos estudos de Roussel (1990); Paúl (1996); Pimentel (2001).

Mesmo as escassas visitas efectuadas são curtas e o relacionamento superficial, os assuntos para conversar parecem diminuir ao mesmo ritmo que as visitas, *“ficam aqui uma ou duas horas; depois lá têm que ir; é pouco tempo nos dias grandes que aqui se passam”* (E21); *“Quando calha a minha sobrinha e as minhas irmãs passam por aí mas é conversa de pouco tempo, está tudo bem, como é que vai a vida e toca a andar”*(E19).

Outros idosos falam-nos, com uma profunda mágoa, do desinteresse e ingratidão dos filhos, o que lhes agrava a sensação de abandono e solidão, *“os meus filhos visitam-me por obrigação eles ligam pouco a isto”*(E3); *“Os outros não vem por causa do dinheiro... mas eles também não querem saber do pai para nada”* (E4) Belsky (1996); Paúl (1996); Pimentel (2001).

O facto de não possuírem bens financeiros leva, na óptica dos idosos, ao afastamento dos familiares, mostrando-se alguns com um profundo arrependimento de terem efectuado a partilha dos seus bens, não gostando de falar dos acordos, sempre verbais, estabelecidos antes das partilhas, *“Tenho dois sobrinhos mas nunca cá vieram, sabe, não tenho dinheiro nenhum”* (E5); *“...de início vinham muitas vezes agora arranjam sempre uma desculpa, sabe como é, já lá têm o deles”* (E17). Os idosos, com maiores recursos, recusam por vezes as visitas, convictos de que muitas delas têm subjacente interesses económicos que

não encaram com muito satisfação, *“tenho uns sobrinhos que, de longe a longe, passam por cá mas com umas conversas que não gosto nada, devem querer ver se lhes sobra algum.”* (E22); *“Gosto de falar com pessoas mas que não sejam estúpidas ou interesseiras, e aqui só vêm para me pedir dinheiro”*; *“está a ver, não tenho grandes oportunidades para conversas”* (E2).

As limitações à saída do lar, quer seja por impossibilidade física decorrente de doença quer por impedimentos normativos institucionais, restringem as possibilidades de contactos sociais exteriores a estes idosos, *“Quando saía lá fora tinha muitas amigas, agora não, não saio. Não aguento das minhas pernas”* (E11); *“Tenho tanta gente amiga. Não os vejo com muita frequência porque as saídas à terra são poucas”* (E13).

Residentes

Os níveis de relação entre os idosos no lar são tão variáveis como o processo de envelhecimento. Se existem idosos que mantêm algum nível de relação social, outros, muito poucos, são capazes de estabelecer amizades dentro da instituição. No entanto, ficou para nós bem claro, pelo que observamos e pelos dados apresentados, que o conflito e a auto exclusão são os pontos mais marcantes das relações entre os idosos nestas instituições.

As relações sociais internas têm mais a ver com a necessidade de convivência e tolerância, do que com a partilha de interesses ou gosto pelo convívio, *“A relação é boa, às vezes tem aí uns espertos mas não se liga”* (E9); *“Mais ou menos, sabe, nem todos temos o mesmo feitio; por isso dou-me com os que são como eu”* (E6); *“no geral não há problemas; lá vem, de vez em quando, um aborrecimento; há alguns com quem não se fala para não dar chatice e pronto”* (E10).

Os estudos desenvolvidos por Drulhe (1981), referem que 1/4 dos idosos não tem outras relações na instituição a não ser as de cortesia enquanto que outro 1/4, desenvolve relações sociais mecânicas sem partilha de sentimento de comunidade, 1/6 pratica uma sociabilidade electiva, *“Tenho alguns com quem me*

dou bem, até um ou dois considero amigos” (E21); “Tenho aí duas ou três amigas de antes de ficar doente, e passam aqui junto de mim muito tempo, e sempre me chegam uma água e chamam a empregada” (E23). Verificamos, também aqui, alguns aspectos de solidariedade entre idosos, referenciados por Paúl, (1996).

Os resultados do nosso estudo, no que se refere às relações entre idosos no lar, são também similares aos descritos no estudo de Souto Lopes (1990), citado por Pimentel (2001). Este estudo revela que 50% dos idosos referem ter boas relações com todos os outros, enquanto 35% se relaciona bem apenas com alguns e 15% declara indiferença ou más relações.

A convivência mais ou menos forçada, com a obrigatoriedade de partilha do mesmo espaço com pessoas que não se conhecem ou se conhecem mal, pode ter reflexos negativos na integração do idoso numa realidade, entendida por muitos, como hostil. As interações entre os idosos são frequentemente marcadas pela conflituosidade ou auto exclusão. *“O que eu gosto mais é de estar no meu cantinho não incomodo ninguém, nem me incomodam a mim” (E12); “eu fico lá perto da minha irmã e não perco muito tempo com os outros” (E17); “Não falo assim com muitos pois a maior parte do tempo estou no quarto por isso não tenho tido problemas” (E18).*

Como podemos verificar pelos excertos anteriores, é frequente os idosos adoptarem uma atitude de algum conformismo e de isolamento voluntário, tal como refere Pimentel (2001).

No piso dos quartos particulares, onde estão as pessoas com maiores recursos económicos, observamos e foi-nos depois relatado por dois idosos, um facto no mínimo curioso. Residem neste piso apenas quatro idosos que nunca se relacionavam e mesmo ao almoço, servido no refeitório do piso, sentam-se um em cada mesa, *“só os vejo nas horas de comer o resto do tempo estou no quarto. Como no refeitório tem 6 mesas e só cá estamos, aqui nos quartos 4, comemos um em cada mesa” (E7); (E16).* Uma idosa explica este comportamentos da seguinte forma, *“aqui de cima são todos tolos, pensam que têm o rei na barriga e*

a outra só se dá bem com as empregadas” (E20). A manutenção de determinados comportamentos relacionados com sentimento de estatuto social superior aos outros, bem com a aproximação de classes sociais entendidas como inferiores inviabiliza a relação, verificando-se um isolamento destes idosos (Belsky, 1996; Paúl, 1996)

Os conflitos entre residentes são frequentes no lar, as discussões iniciam-se por varias razões, no entanto, a postura de alguns idosos relacionada com um estatuto de certa forma privilegiado, o espaço que cada um ocupa e os comportamentos e forma de estar de alguns residentes constituem os principais motivos de conflito.

Os procedimentos de certas idosas que, pelo seu relacionamento com o pessoal obtém um estatuto de destaque, é motivo de perturbação e conflito frequente. *“Há alguns que não gosto, e depois há aí umas senhoras que pensam que mandam; não casei para não aturar mulheres e está a ver; mas sabe como é o melhor, é não dar conversa”* (E1); (E4); *“alguns que fazem uns favores às empregadas e pensam que mandam nisto esses é que são o maior problema”* (E11). Paúl (1996), refere que estas idosos no geral são consideradas boas companheiras, quer pelo pessoal, quer pelos outros idosos, no nosso estudo verificamos que este facto não se verifica. A postura de orientação dos outros, mesmo em assuntos que não lhes são solicitados, desencadeia reacções negativas nos seus companheiros.

Fischer (1994), refere duas concepções de espaço institucional, a forma como o espaço institucional trata o indivíduo e a forma como ele próprio se situa nesse espaço. Estas duas concepções de espaço institucional coexistem, mas são assimétricas, irredutíveis e portanto conflituais.

O facto de ter que partilhar a mesma camarata, constitui motivo de conflito decorrente da perturbação causada pelos vizinhos, *“tenho algumas zangas ... ele é um bocado porco e fica mesmo à minha beira no quarto, se tivesse um quarto só para mim não havia problemas”* (E5). A possibilidade de ter um espaço próprio com maior privacidade parece constituir motivo de bem estar para alguns idosos,

se bem que possa também ser fonte de conflito, *“há para aí alguns que, volta e meia, chateiam-se mas o problema é deles, têm inveja de eu ter aqui um quarto só para mim, não lhes ligo”* (E18).

Cada idoso ocupa sempre o mesmo lugar (no refeitório, na sala de estar, no autocarro) caso se verifique “apropriação” de qualquer destes espaços é motivo de conflito, *“há uma que é muito má e eu não me dou nada com ela; uma vez, num passeio, ela tirou-me o lugar nunca mais a vi bem.”* (E14), constituindo exemplos claros de comportamentos ligados à territorialidade de que fala Altman (1975) citado por Fischer (1994).

As atitudes e comportamentos de alguns idosos constituem motivo de fortes conflitos entre os residentes, se bem que não assumem parte activa no desencadear dos conflitos . *“Há aí alguns com um feitio difícil, mas nesses casos não passo cartão”* (E13); *“têm para aí umas coscuvilheiras que me tiram o sono; os outros não se importam comigo mas eu também não me importo com eles”* (E8). Estudos referidos por Belsky (1996) confirmam a complexidade de relacionamento entre os idosos institucionalizados.

Mas se as relações entre os idosos não se podem caracterizar pela sua harmonia, também entre os idosos e os funcionários existem muitas incompatibilidades.

Funcionários

Os funcionários constituem um elemento central da vida no lar, por eles passa toda a informação e comunicação da vida da instituição. Paúl (1996), refere-se aos papéis complementares dos funcionários e idosos, pois se os idosos necessitam dos funcionários para cuidar deles, também o posto de trabalho destes é justificado pela incapacidade dos idosos se auto cuidarem.

Mesmo existindo a complementaridade de que nos fala Paúl (1996), verificamos que as relações entre idosos e funcionários são superficiais, assistindo-se das duas partes a uma convivência pacífica, na maior parte dos casos. Os idosos, se

bem que não lhes agrade alguns dos procedimentos dos funcionários, muito raramente os denunciam ou os confrontam.

Os aspectos positivos, que identificamos deste relacionamento, centram-se em comportamentos de colaboração informal com os funcionários, *“presto muitos favores aos funcionários deste lar, estou sempre pronto para ajudar, ir ao correio, pagar a água ou a luz, comprar qualquer coisa; sabe estão aqui não podem sair, mas são todos meus amigos”* (E9), ou numa relação amena onde reinando um “clima de boa convivência” como referem os próprios idosos, *“respeito para ser respeitada, não lhes dou muita confiança, faço o meu trabalho e ajudo-as muito”* (E12); (E13); *“Não tenho problemas com elas; não chateio muito e elas também não me incomodam”* (E15); *“Dou-me bem, elas não têm trabalho nenhum comigo eu trato de tudo, só lhes peço ajuda quando quero dar um banho de chuveiro ao meu marido”* (E18).

Este tipo de relação positiva estabelece-se com um grupo de idosos mais activos e que para além de terem autonomia colaboram bastante com os funcionários, (DECO, 1995; Belsky, 1996; Paúl, 1996).

Dos dados que apresentamos podemos ainda verificar que, também como referem Belsky (1996) e Costa (1998), a intimidade é escassa e existem sentimentos negativos do pessoal em relação aos idosos, *“alguns que dão muito trabalho,... esses que saem pouco da cama, e elas ficam saturadas e pronto dizem coisas que eles não gostam e se fosse comigo também não gostava”* ; *“se me chamassem porco ou que sou como pior que um bebé era o bom e o bonito”* (E1); (E17); *“uma vez ouvi uma a dizer para a outra “o raio da velha nunca mais morre”, isto não cai bem”* (E17); *“de inicio pensavam que estavam a lidar com animais mas eu fiz queixa ao meu filho e logo foram daqui para outro lado”* (E20). Identifica-se nestes relatos o abuso emocional e psicológico a que se refere Dacosta (2000), e que é a única razão que leva os idosos a fazerem pontualmente alguma denúncia.

As gratificações monetárias são, como refere Belsky (1996), um meio frequentemente utilizado pelos idosos para obterem um comportamento mais afável dos funcionários, *“sabe eu gratifico sempre, o dinheiro não me faz falta”* (E2), dizia uma idosa quando se referia à atenção que os funcionários lhes dispensam, ou, *“depois dou-lhes alguma coisa para a despesa; nunca se recusam a fazer as coisas”* (E16). Outra idosa com uma expressão de indignação dizia, *“gostam é que lhes unte as mãos”* (E4), ela sabe que se tivesse possibilidades económicas poderia usufruir de maior atenção. No estudo desenvolvido pela DECO, (1995) foi também estabelecida uma relação positiva entre uma maior atenção dos funcionários e as compensações económicas.

As atitudes dos funcionários no desempenho das suas funções, e no dia a dia do lar, são referidos pelos idosos, *“muitas entram aqui fazem o que têm a fazer e nem abrem a boca”* (E22); (E23). Apesar da proximidade que os cuidados a prestar aos idosos mais dependentes implica a relação é, na generalidade dos casos, mais distante, os idosos sentem-no negativamente.

O medo da dependência e a necessidade de ter quem os ajude nessa altura, fica aqui mais uma vez bem explícito. O que leva alguns idosos a assumirem uma postura de subserviência, acomodação e passividade em relação aos funcionários. *“Com esses temos que nos dar bem, nós precisamos deles se não for agora pode ser que ainda algum dia a gente fique para aí numa cama e sabe como é, temos que ter quem nos ajude”* (E11); (E17); (E20), a confrontação não é uma via adequada no relacionamento com os funcionários, *“para obter o que pretendemos é mais fácil estar calado”*; *“Se lhes der troco é o fim do mundo e por isso é preciso saber viver”* (E21). O modelo de Maier e Seligman (1976), referido por Paúl (1997) prevê para além do controlo eficiente (a probabilidade de obter resultado é maior se houver acção) o controlo passivo, ou seja, a probabilidade de obter resultado é maior se não houver acção, caso muito frequente nas instituições reforça Paúl (1997).

Os comportamentos dos funcionários, como vimos anteriormente, conduz à passividade e dependência, um dos principais componentes destes

comportamentos é o desrespeito pelos ritmos de vida do idoso (Berger, 1995; Belsky, 1996; Costa, 1998). *“Elas só tem o defeito de querer sempre tudo muito depressa, e a gente já lá não vai com pressas”* (E13); (E14); (E20).

Alguns idosos sentem muito negativamente este tipo de relacionamento, pois as forças que ainda chegam para se cuidarem, mas já não tem a mesma agilidade de outros tempos, *“não gosto do estilo delas, mete-me nojo, e vou embora por causa delas”*; *“pensam que temos a vida e a genica delas”* (E4); *“algumas que são umas cabras, querem que ande depressa”*; *“já lhes tenho dito que não preciso de ajuda, para se irem embora, que do meu vagar trato de mim”*. *“Deviam ter quem as vigiasse, sabe”* (E5); (E6). Estas idosas referiram a necessidade de alguém que controlasse o desempenho destas funcionárias, o que de certa forma reforça a nossa ideia da necessidade de enfermeiros nos lares de idosos.

1.3 – Ocupação e actividade

A actividade é um dos aspectos fundamentais do bem estar dos idosos e da manutenção das suas capacidades. Interessou-nos por isso saber como ocupam os idosos o seu tempo e que actividades se sentem ainda capazes de realizar. Os resultados estão apresentados no quadro N.º 3.

Categoria	SubCategorias	Indicadores Positivos	Indicadores Negativos
Ocupação e actividade	Como ocupa o tempo	• Trabalhar na oficina • Actividade cognitiva • Cuidar os outros • Ajudar nas actividades do lar	• Actividades repetitivas • Desmotivação para trabalho na oficina • Falta de ocupação
	O que se sente capaz de fazer	• Participação nas actividades do lar • Outras actividades:	• Falta de oportunidades • Falta de interesse • Promoção de dependência

Quadro N.º 3 – Ocupação e actividade.

Como ocupa o tempo

Os idosos mostram uma quantidade significativa de comportamentos passivos. Os comportamentos activos referidos dividem-se, como descreveu Paúl (1996), em comportamentos activos isolados, comportamentos activos conjuntos e comportamentos de colaboração formais e informais.

As actividades individuais restringem-se: 1) à execução de algum trabalho na oficina, muito pouco frequentada pelos idosos, *“Sou o homem que faz tudo em trabalhos manuais aqui no lar, já ganhei ... prémios aí nos concursos”* (E21), o reconhecimento do trabalho desenvolvido serve, como tivemos oportunidade de constatar, a motivação necessária para continuar. 2) A leitura ou a escrita são comportamentos muito pouco observados no lar e apenas nos idosos de melhores recursos económicos, o que se poderá relacionar com hábitos de vida anteriores à entrada no lar, *“Leio algumas partes de livros porque já me cansa a vista ler muito.”* (E13); *“Passo tempos infinitos a ver o meu guarda roupa”*; *“escrevo umas cartas ao director disto só para dizer mal e reclamar das coisa que me chegam aos ouvidos”* (E2). Alguns idosos tentam utilizar o seu poder de influência, por vezes real, no sentido de melhorar aspectos do funcionamento do lar que lhes parecem menos adequados. Normalmente estes problemas não os afectam a eles, é um acto solidário para com aqueles cuja situação económica não lhes oferece grande protecção.

Os comportamentos activos de colaboração informal com outros residentes, situam-se fundamentalmente na ajuda em algumas das actividades diárias, *“Cuido da minha irmã que precisa de mim”* (E17); *“Passeio um bocadinho no terraço com a A...”* (E15), a D. A. é uma senhora inusual que conta sempre com a ajuda solidária de outros residentes.

A colaboração nas rotinas da instituição, realizada por um pequeno grupo de idosos, centra-se nas tarefas de costura, na cozinha e no refeitório, *“dobrar paninhos e de vez em quando cozer algumas coisas que é preciso”* (E8); *“Faço de*

tudo, mas principalmente ajudar no bar, no café sabe, lá vejo muita gente da rua que vem tomar café; sempre se conversa um bocado com uns e outros” (E12).

Estes comportamentos activos são de idosos sem dependência, ou com pequenas limitações. As actividades de colaboração quer formal quer informal são desenvolvidas por um grupo muito restrito sem qualquer tipo de limitação, que Paúl (1996) classificou como activas.

De realçar o empenhamento e a dedicação que estes idosos colocam nas coisas que fazem, alguns procurando sempre mais actividades para realizar, referindo com frequência que trabalhar é bom para a sua saúde, manter-se activo e ocupado parece contribuir para o seu bem estar psicológico.

Verifica-se que a inactividade predomina entre os idosos no lar, os dias destes idosos são excessivamente repetitivos e de estimulação nula, referem-no: DECO (1995); Belsky (1996); Paúl (1996); Costa (1998); Pimentel (2001). *“Tenho ... dificuldade em arranjar que fazer” ; “Aqui é sempre a mesma coisa, ouvir o relato e o noticiário, o resto do tempo é andar por aí a olhar” (E1); (E4); (E9); “Comer e beber, vou ao café, mas tem que ser rápido para não darem muito pela minha falta” (E3); “Aqui os dias são todos iguais, passo a maior parte do tempo no sofá” (E4).*

Não se identificam grandes alternativas ocupacionais para estes idosos, as que existem não se adequam à maioria dos idosos, a falta de treino na realização de trabalhos finos leva frequentemente a um mau desempenho e à desmotivação, *“Já tentei ir à oficina fazer umas coisas de renda, mas ficou tudo mal; não voltei lá” (E14).* Muitas das actividades são infantilizadoras, os idosos não lhes reconhecem utilidade e, por isso, não se sentem suficientemente motivados para as realizar, *“vou até à oficina, não está lá quase ninguém e depois para pintar bonequinhos e fazer renda não estou para isso, se fosse alguma coisa que tivesse utilidade” (E4); (E5); (E7).*

Apesar dos idosos manifestarem vontade em ocuparem-se com alguma coisa, “... *nada me custa mais do que ver trabalhar e eu quieto*” (E5), observamos, e os idosos confirmaram, que passam os dias sentados no sofá de olhar perdido na direcção de uma televisão ou a dormir, no isolamento do seu quarto ou nos demorados passeios pelo corredor escuro. O aborrecimento pelo lento passar das horas leva progressivamente estes idosos para um rápido declínio físico e psicológico, vendo muitos comprometida a sua capacidade para as tarefas do cuidado diário.

“não saio daqui do meu quarto talvez há mais de dois anos”(E2);

“estou aborrecida, porque o tempo não passa” (E2);

“vejo televisão, ao menos olho para ela, e estou ali sentada” (E20);

“todo o dia sentada na sala, do mesmo sítio; vejo televisão, durmo, vejo as pessoas a passar no corredor, mais nada”(E6);

“ando aí a passear no corredor de um lado para o outro, para não parar de vez” (E11).

As acções que parecem mais motivadoras são os passeios ou visitas de estudo ou seja, todas as oportunidades que proporcionam experiências de aprendizagem concreta e directa, tal como concluíram Paúl (1996) e Pimentel (2001).

A passividade com que estão nas festas realizadas no lar, é mais um sinal da rotina e da falta de inovação e motivação. Muitos identificam todas as festas que se realizam há anos, sempre da mesma forma, nos mesmos dias para comemorar as mesmas coisas.

Os passeios, considerados momentos importantes, são contestados por alguns idosos principalmente porque nunca ninguém lhes pede opinião sobre os locais a visitar. Mais uma vez, há anos, que os passeios são sempre aos mesmos locais, nos mesmos dias do ano.

O que se sente capaz de fazer

O significado atribuído ao trabalho e ao envolvimento nas actividades da instituição é importante pois é, na perspectiva de Pimentel (2001), a negação dos mitos da improdutividade e da dependência, que sendo construções sociais, condicionam as representações colectivas da velhice.

Os idosos mostram-se disponíveis e interessados na colaboração formal com as rotinas da instituição, porque sentem que tanto eles como a instituição sairiam a ganhar, *“Podia ... descascar umas batatas, coser uma meias, coisas assim que pudesse fazer sentada”* (E14); *“gostava de poder ir às compras; quando estava em casa não tinha dia que não fosse às compras”* (E16); *“Já me ofereci para tratar o jardim e ajudar na vinha”* (E1); (E5).

Em oposição a esta vontade dos idosos está o comportamento da organização, que desvaloriza as capacidades do idoso impondo limitações à sua actividade e iniciativa. *“Dizem que me posso aleijar e depois há problemas”* (E1); (E5); (E11) *“Gostava de trabalhar na arte de carpinteiro, ... Se lá na oficina tivesse serviço eu até trabalhava.”* (E4). Pimentel (2001) refere no seu estudo que há uma tendência para afastar os idosos de determinadas funções para as quais eles se sentem capazes; foi isso mesmo que também verificamos.

A falta de interesse em realizar alguma actividade é também generalizada no lar e é condicionada em grande parte por: 1) Mitos e estereótipos interiorizados pelos próprios idosos, *“nesta idade já é mais para descansar, não é assim, os novos é que têm de trabalhar, nós só estorvamos.”* (E6). 2) Pelo estado de saúde, percebido, que condiciona as actividades, *“a saúde já não é a mesma agora que trabalhem os outros”* (E8); (E7); (E5); (E10); (E13); (E15); (E19); (E20); (E22), nenhum destes idosos tinha uma situação de saúde que lhes limitasse fortemente a actividade. 3) Por uma vida de trabalho e sofrimento, *“já trabalhei o que tinha a trabalhar, agora gosto é de ver”* (E3); (E13); (E15); (E20). Estes resultados são compatíveis com os encontrados por Paúl (1996).

O desrespeito pela autonomia dos idosos e acções promotoras da dependência, como já referimos anteriormente, estão aqui mais uma vez bem expressas, *“gostava de arrumar o quarto, podia passar a ferro fazer a cama, assim coisas*

leves, tenho o dia todo, mas elas tem que fazer tudo depressa” (E6); (E13); “podia ...fazer uns recados. Mas se não me pedem também não me ofereço, não estou para ouvir como alguns que ninguém lhe pediu nada” (E9). O que reforça os resultados dos estudos que classificam os lares como contrários à promoção de autonomia e bem estar dos idosos Belsky (1996); Paúl (1996) e (1997); Pimentel (2001).

2 - Contributo da enfermagem para o bem-estar dos idosos.

De seguida faremos a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos na segunda entrevista efectuada e que era constituída apenas por uma questão: Em que medida o trabalho realizado pelos alunos de enfermagem que aqui estiveram contribuiu para o seu bem-estar ?

Era nosso objectivo saber qual a percepção dos idosos, sobre os cuidados de enfermagem prestados pelos alunos e em que medida contribuíram para o seu bem-estar.

Percepção, tal como vem definido na Diciopédia 99, é a *“tomada de conhecimento sensorial do objectivos ou de acontecimentos exteriores; acção de conhecer independentemente dos sentidos”*; a acção de conhecer pode ser pela consciência e então é *“interna”*, ou pela inteligência ou entendimento e é *“intelectual”*.

Bem-estar caracteriza-se, como referimos anteriormente, pela *“imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência”* (CIE, 2001, p.48).

Cuidados de enfermagem são, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), as intervenções autónomas e interdependentes realizadas pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (1996).

Lenninger (1991) refere-se ao conhecimento profissional do cuidar formal, da aprendizagem cognitiva e das habilidades obtidas, usadas para promover actos de fortalecimento, apoio ou ajuda a outros indivíduos ou grupos, com o objectivo de melhorar a condição humana de saúde ou bem-estar.

Collière (1989, p.237) descreve dois tipos de cuidados no que se refere à sua natureza: os cuidados quotidianos e habituais e os cuidados de reparação.

Os cuidados quotidianos e habituais ou cuidados de sustento e manutenção da vida, representam todos os cuidados que não têm outra função para além de sustentar a vida, reabastecendo-a de energia, seja de natureza biológica e física ou de natureza afectiva e psico-social.

Os cuidados de reparação têm como fim limitar a doença, lutando contra ela e limitando as suas causas.

Foi com base nestes pressupostos que definimos previamente duas categorias de análise: **Cuidados de manutenção da vida** e **Cuidados de reparação**. No decurso da classificação da informação criamos uma terceira categoria de análise, **Formação de outros profissionais**, actividade que faz parte do conteúdo funcional dos enfermeiros.

Cuidados de manutenção da vida

Analizada a informação, relativamente à percepção dos idosos sobre os cuidados que mais contribuíram para o seu bem-estar, verificamos que a categoria que mais indicadores reuniu foi a dos Cuidados de manutenção da vida, representados no quadro N.º 4.

Foram definidas três subcategorias, cuidados físicos, cuidados de suporte psicológico e promoção da saúde; sendo a que reuniu mais indicadores a de cuidados de suporte psicológico.

No que se refere aos **cuidados físicos**, os idosos valorizam as intervenções relacionadas com a promoção do auto-cuidado e o respeito pela autonomia e pelos ritmos próprios de cada um, *“deixavam-me fazer as coisas como eu queria”* (E2.1); *“de manhã diziam para eu fazer as coisas do meu vagar que tínhamos tempo”* (E2.4).

O modelo de Dorothea Orem, pelo qual os alunos se orientavam, preconiza precisamente, na visão de Pearsam et al. (1992) e Ribeiro (1995), o reconhecimento do direito e da responsabilidade de cada um cuidar de si próprio com a finalidade de manter a saúde e o bem-estar, os idosos valorizaram estes princípios.

Alguns estudos referem nas suas conclusões que o ambiente de lar é contrário à finalidade de reduzir a dependência, verificando-se mesmo em alguns casos a sua promoção (Belsky, 1996; Costa, 1998). No nosso estudo também o verificamos, *“...às vezes queriam que fizesse coisas que já não estou habituada, as empregadas sempre as fizeram por mim... sabe como é a gente desabitua-se de certas coisas”* (E2.13).

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Cuidados de manutenção da vida	Cuidados físicos	- Promoção do auto-cuidado - Ajudar - Promover actividade física
	Cuidados de suporte psicológico	- Promover ocupação dos tempos livres - Promover convivência social - Alegria - Promover autonomia - Comunicar - Escutar - Envolver família - Afectividade - Confiança
	Promoção da saúde	- Educar os idosos - Controlo estado saúde

Quadro N.º 4 – Cuidados de manutenção da vida

Ao aceitarmos os princípios preconizados pelo modelo de referência esperava-se que se desenvolvesse um trabalho de cooperação e ajuda levando os idosos a agir por si próprios em vez de lhes dizer o que devem fazer ou fazer por eles; *“sempre me ajudaram, mas sem pressas”* (E2.1); *“eu é que fazia as coisas, mas sempre davam uma ajuda”* (E2.4). Isto implica naturalmente uma atenção especial e um acompanhamento permanente para ajudar nos momentos oportunos como refere Pearson, et al (1992); *“...sempre muito atentos ao que nós precisávamos.”* (E2.15).

A promoção da actividade física foi uma das actividades mais valorizada pelos idosos como contributo para o seu bem estar; *“Se não fossem eles nunca tinha ido lá a baixo ao salão e ao jardim passear”* (E2.1); *“nunca se esqueciam que eu gostava de ir ao terço vinha sempre uma empregado buscar-me e eram eles que mandavam”* (E2.12); *“...passearam comigo”* (E2.14). Muitos são os estudos que referem a falta de actividade dos idosos nos lares (Belsky, 1996; Paúl, 1996; DECO, 1997; Pimentel, 2001) pelo que estas acções de enfermagem podem contribuir para o bem-estar dos idosos.

Verifica-se no entanto que a alguns idosos não lhes agradou, nem as acções de promoção do auto-cuidados nem as de actividade física; *“queriam que eu fizesse muitas coisas, e já não tenho paciência para algumas, lavar sozinha levo uma infinidade de tempo com as empregadas era mais depressa”* (E2.9); *“queriam que fizéssemos muitas coisas e a gente agora quer é descansar um bocado”* (E2.4); *“Só não gostei que me chateassem para ir aos passeios porque eu não gosto de passear”* (E2.10). Este facto relaciona-se com a inexistência de planos de cuidados individuais, fundamentais para o planeamento adequado das acções de enfermagem.

O modelo de congruência defende que são determinantes essenciais do bem-estar dos idosos institucionalizados, a coerência entre as necessidades do indivíduo e o comportamento de quem presta os cuidados. Uma fraca adequação entre estes dois componentes pode contribuir para uma série de resultados negativos.

Um estudo realizado por Almeida (1999) conclui que, na percepção dos enfermeiros, são os cuidados de manutenção da vida em que a relação de ajuda, caracterizada pelo carinho, a comunicação e o respeito, são os mais valorizados pelos idosos.

No nosso estudo foi precisamente os **cuidados de suporte psicológico** aqueles que os idosos mais valorizaram, registando-se nove indicadores.

Os nossos dados diferem das conclusões do estudo realizado por Silva (1995), quando refere que os idosos têm uma percepção pouco positiva relativamente aos cuidados psicossociais.

Referimos anteriormente que a presença de enfermeiros nos lares poderia ser um contributo decisivo para o respeito dos princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas, e assim melhorar o bem-estar destas pessoas.

Verifica-se que os idosos valorizaram fortemente a promoção da autonomia e o respeito pela sua vontade e dignidade; *“... nunca obrigavam só fazia quem queria”* (E2.2); *“gostei foi eles perguntarem sempre o que nos apetecia fazer e mesmo os passeios perguntaram onde queríamos ir, deve ter sido a primeira vez que isso aconteceu”* (E2.8); *“... respeitavam as vontades dos velhotes e eles cumpriam com as orientações”* (E2.11); *“não me prendem ao sofá”* (E2.14); *“Nunca discutiram comigo sobre as coisas que me apetecia fazer, não são como essa daí que estão sempre a implicar.”* (E2.18).

As intervenções de ocupação dos tempos livres foram muito gratificantes para a generalidade dos idosos, referindo principalmente as actividades que proporcionassem alguma aprendizagem; *“actividades que a gente gosta, assim coisas para desenvolver a memória”* (E2.8). A diversidade e a inovação nas actividades foi também gratificante; *“sabem fazer coisas diferentes, este pessoal aqui faz sempre o mesmo”* (E2.8).

O teatro foi, sem dúvida, a intervenção que mais agradou e envolveu os idosos; *“põem-nos a fazer coisas engraçadas”* ; *“organizaram muitas actividades que nos*

fizeram sair do salão para o jardim”; “os teatros foi o que gostei mais.” (E2.2); “O teatro, aquilo foi uma beleza, todos participamos foi um fartote de riso, são coisas diferentes, tem outro interesse” (E2.3); “até me conseguiram arrancar aqui do quarto para participar num teatro veja lá.” (E2.18).

Esta actividade constituiu um espaço importante de convivência entre os idosos, momentos raramente observados neste lar; *“até conheci alguns que em 5 anos que aqui estou nunca tinha visto; também já não saía do quarto há dois anos” (E2.7).*

Estes dados são compatíveis com os de Paúl (1996) que refere como as actividades mais motivadoras para os idosos, as que constituíssem experiências de aprendizagem concreta e directa. E, tal como no nosso estudo, a actividade teatral parece ser motivadora das atenções gerais, sendo na óptica desta autora uma via a explorar no futuro.

O envolvimento da família, assumindo um papel de mediador entre esta e o idoso, constituiu intervenção importante para o bem-estar de alguns idosos; *“Uma vez disse que há muito tempo que não via os meus netos; não sei lá o que fizeram que o meu filho agora vem cá com eles quase todas as semanas” (E2.12).*

No estudo de Almeida (1999) conclui-se que na opinião dos enfermeiros, os idosos valorizam mais os cuidados de enfermagem pela relação de ajuda, onde o carinho, a comunicação o respeito e a relação que se estabelece são aspectos fundamentais dos cuidados. Também no estudo de Hudson e Sexton (1996), citado por Almeida (1999), os idosos valorizam as actividades psicossociais relativas à comunicação.

A percepção dos idosos confirma uma prática de cuidados assente na relação de ajuda.

A relação de ajuda visa sobretudo, na opinião de Berger (1995, p.21), *“satisfazer as necessidades superiores de auto-estima e auto-realização, promover o conforto*

psicológico e dar apoio necessário para nos confrontarmos com as dificuldades existenciais”. A relação de ajuda requer, proximidade, envolvimento e afecto.

Os depoimentos dos idosos dão consistência a esta finalidade: *“Olhe são muito atenciosos, sabiam ouvir que é coisa rara aqui”* (E2.1); *“com eles falava coisas que não costumo falar com ninguém, eram muito atenciosos”* (E2.2); *“Tiveram muita paciência para me ouvir porque eu falo muito”* (E2.13), saber ouvir, ou seja, escutar outra pessoa, dar atenção ao que ela diz, compreendendo a sua perspectiva, responder adequadamente abre caminho para uma relação de confiança.

Confiança é, segundo o CIE (2001), um tipo de emoção que se caracteriza especificamente por: sentimento de segurança, acreditar na bondade, força e fiabilidade dos outros, os idosos valorizaram esta confiança, *“Podíamos confiar neles, podíamos desafogar as nossas mágoas desta vida sem rumo.”* (E2.15); *“Eles são nossos amigos, tratam-nos bem”*. (E2.16).

As acções de trocar informações, sentimentos e pensamentos entre pessoas, principalmente através da comunicação verbal face a face é outro aspecto valorizado pelos idosos; *“gostava de falar com eles, é pena ser pouco tempo”* (E2.3); *“tive oportunidade ...de conversar com eles, são muito atenciosos”* (E2.11).

O estabelecimento deste tipo de relação conduz-nos às trocas afectivas onde o carinho, a amizade e a companhia são elementos fundamentais para o bem estar psicológico dos idosos; *“faziam tudo com muito cuidado e com muito carinho”* (E2.2) *“os enfermeiros foram bons comigo”* (E2.12); *“Eram muito carinhosos”* (E2.12); *“Eles é que eram meus amigos”* (E2.14); *“...fizeram-me muita companhia”* (E2.18). Vimos, na análise das entrevistas anteriores, que um dos principais focos de infelicidade dos idosos era a falta de carinho de companhia e de alguém em que pudessem confiar. A presença de enfermeiros nos lares parece, pelo menos em parte, dar um contributo importante.

Um estudo realizado por Silva (1995, p.100) sobre a percepção dos idosos face aos cuidados de enfermagem, realizado em meio hospitalar, contraria os nossos dados, ao referir que a maioria dos idosos diz que: *“os enfermeiros deviam ser mais carinhosos e atenciosos”; “os enfermeiros não transmitem confiança”; “os enfermeiros não sabem o que se passa connosco”*.

Esta diferença na opinião dos idosos pode ser relacionada com uma prática do mundo profissional (desenvolvida pelos alunos), caracterizado por um discurso profissional e representado por enfermeiros docentes e teóricos de enfermagem e o mundo da prática (dos enfermeiros dos serviços hospitalares), caracterizado pela realização de uma série de tarefas e “falta de tempo” (Basto, 1998).

Também a juventude e a alegria e o dinamismo dos alunos contribuiu para o bem-estar destes idosos; *“os enfermeiros trazem mais alegria à instituição”* (E2.3); *“A rapaziada trás muita alegria e juventude aos velhotes”* (E2.5); *“isto aqui com eles foi uma animação”* (E2.10).

Os idosos valorizaram ainda as actividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos alunos. Estas actividades centraram-se fundamentalmente em educação para a saúde e controlo do estado de saúde.

Fornecer conhecimentos para a prevenção da doença e promoção da saúde é competência dos enfermeiros, os idosos perceberam positivamente para o seu bem-estar estas actividades de educação para a saúde; *“ensinaram-me muitas coisas com as quais tenho que ter cuidado”* (E2.3); *“Com esta idade até aprendi umas coisas, a lavar os dentes...”* (E2.16).

O controlo do estado de saúde é um direito dos idosos residentes em lares (Despacho Normativo n.º 67/89). Por outro lado, os cuidados de enfermagem são caracterizados, entre outros aspectos, pela identificação de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular. Devendo encaminhar, orientar para os recursos adequados em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos (REPE, 1996).

A valorização das intervenções de controlo do estado de saúde estão relacionadas provavelmente com a novidade do empenhamento de alguém em resolver os seus problemas; *“Também nos viam as tensões e sempre explicavam o que devíamos fazer para elas não subir”* (E2.5); *“Vinhão todos os dias ver como é que eu estava dos diabetes”* (E2.13); *“Uma vez até me arranjaram uma consulta para o médico”* (E2.13); *“veja bem e até me arranjaram uma consulta para o dentista.”* (E2.16).

Nos estudos a que tivemos acesso não encontramos referências às acções de promoção da saúde. Por terem sido desenvolvidos em meio hospitalar?, porque os cuidados não são orientados por um modelo de enfermagem?

Cuidados de reparação

Na categoria cuidados de reparação identificamos uma subcategoria, intervenções terapêuticas e os indicadores encontrados são apresentados no quadro N.º 5 .

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Cuidados de Reparação	Intervenções terapêuticas	- Administrar medicação - Executar técnicas

Quadro N.º 5 – Cuidados de reparação

No que se refere à administração de medicamentos os idosos perceberam uma melhoria significativa na forma como estes eram administrados e isso era positivo para eles; *“confiava neles porque não deixavam as pastilhas na mesa, eles davam-mas e esperavam que eu as tomasse é muito melhor assim”* (E2.4); *“Com eles tinha sempre que tomar os comprimidos não os podia deitar debaixo da mesa”* (E2.5); *“Traziam os medicamentos sempre muito bem arranjados, dentro de um copinho com o meu nome, nunca os deixaram em cima da mesa”* (E2.18).

Conforme tivemos oportunidade de verificar neste e noutros lares, os medicamentos são distribuídos à hora das refeições por uma funcionária. Os medicamentos colocados, antes dos idosos entrarem no refeitório, nos locais

habituais de cada idoso à mesa, não prevê que possa haver troca de lugares o que, por vezes, acontece. No fim das refeições, não são poucos os medicamentos que se encontram no chão ou no mesmo local onde foram colocados, não havendo a preocupação de verificar quem toma a medicação.

A intervenção pedagógica dos alunos sobre este problema foi significativa e os idosos reconheceram-no.

As referências à execução de técnicas (execução de pensos a feridas, posicionamentos) foi relevante para os idosos, por dois motivos:

1) Pelo respeito das normas assépticas, utilização de material adequado e maior frequência com que posicionavam os idosos dependentes; *“faziam os curativos com uma perfeição até melhorou um bocado das feridas”* (E2.6); *“E depois sempre a vira-la para um lado e para o outro mas tudo bem feito”* (E2.6).

2) Pela atitude dos alunos na prestação dos cuidados; *“o cuidado que tinham com os velhotes das enfermarias era mesmo digno de ser visto”* (E2.2). A atitude e a maneira de ser dos enfermeiros perante os idosos mais dependentes, é um conjunto de atitudes que se manifestam exteriormente, mas que provêm da educação e dos sentimentos (Collière, 1989).

Na opinião dos idosos é também positivo a informação sistemática, feita pelos enfermeiros aos funcionários, sobre a maneira mais adequada de prestar determinados cuidados.

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Formação de outros profissionais	Ensinar funcionários do lar	- Instruir funcionários

Quadro N.º 6 – Formação de outros profissionais

Alguns referem a necessidade de formação dos funcionários e por isso era importante esta acção desenvolvida pelos enfermeiros, pois poderia daqui resultar uma melhoria nos cuidados prestados por estes; *“até os vi a ensinar as empregadas.”* (E2.2); *“Quando as empregadas iam lá fazer qualquer coisa eles ensinavam como se fazia melhor, e elas bem que precisam de aprender”* (E2.7).

Reconhecem ainda o domínio do conhecimento dos cuidados a serem prestados; *“Ensinavam as empregadas a tratar dos acamados e via-se que percebiam das coisas que era preciso fazer”* (E2.11).

3 - Conclusões do estudo

Neste ponto procuraremos apresentar os traços mais salientes da nossa investigação, tendo em conta os principais objectivos deste estudo; *“conhecer a percepção de bem estar dos idosos institucionalizados”* e *“saber em que domínios os cuidados de enfermagem prestados pelos alunos em estágio contribuíram para a melhoria da saúde e bem estar dos idosos”*.

A importância dos resultados tem que ser visto tendo em consideração o carácter exploratório deste estudo.

Assim, considerando os resultados obtidos, pensamos ser pertinente salientar no que se refere à percepção dos idosos sobre o seu bem estar, o seguinte:

- Os motivos que levam um idoso a ingressar num lar, bem como a percepção que ele tem do seu bem estar, são, como o próprio processo de envelhecimento, muito distintas.
- A institucionalização de idosos em lares, pelo que pudemos verificar, tem para muitos um significado positivo, uma vez que os serviços institucionais

representam uma garantia de apoio, constituindo o espaço institucional um espaço de estabilidade e segurança.

- Por outro lado, a institucionalização significa um conjunto de perdas importantes que conduzem à perda de autonomia, agravada pelas normas institucionais e comportamento do pessoal.
- O ambiente e as normas de funcionamento não facilitam a actividade nas vertentes física, psicossocial e relacional, promovendo a inactividade e a dependência.
- O trabalho dos funcionários, condicionado em muitos casos por mitos e estereótipos, é frequentemente um foco de conflito e de infelicidade.
- A falta de afecto, o isolamento e a doença são também condicionantes negativas do bem estar.
- Podemos considerar que a institucionalização é desencadeadora de desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual. Isto leva em muitos casos à perda do amor próprio, respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior.
- A adaptação ao ambiente institucional é para muitos idosos a forma de encontrar algum bem estar. No entanto, verificamos que esta adaptação se traduz principalmente por atitudes de passividade e resignação.
- Constatamos, ainda, que as relações sociais são muito precárias e por vezes inexistentes.

- No que se refere às relações com os filhos, os idosos sentem que o investimento que neles fizeram e os sacrifícios que passaram em função do seu bem estar, não é hoje reconhecido. O desinteresse dos filhos, traduzido principalmente pela redução progressiva do tempo e frequência das visitas, reforça o sentimento de isolamento e abandono. Nos casos por nós estudados, apesar de existirem, em algumas situações troca de sentimentos, as relações não se baseiam num princípio claro de reciprocidade e solidariedade. Existindo, contudo uma tentativa de desculpabilização face à incapacidade de resposta das redes de parentesco.
- As relações com os residentes e os funcionários caracterizam-se fundamentalmente pela sua conflituosidade, onde assumem particular relevo as disputas territoriais e os comportamentos inadequados quer dos idosos quer dos funcionários. As relações de cortesia assumem o aspecto mais positivo destas relações.
- A vida dos idosos no lar é marcada pela inactividade, relacionada fundamentalmente com a falta de estimulação e com o carácter repetitivo e pouco motivador das actividades programadas. Os idosos valorizam mais os trabalhos em que reconhecem utilidade ou os que lhes permitam alguma aprendizagem nova.

No que se refere aos contributos dos cuidados de enfermagem para o seu bem estar, podemos concluir o seguinte:

- Os idosos valorizam as acções de enfermagem em três domínios: 1) cuidados de manutenção da vida, 2) cuidados de reparação e a 3) formação dos outros profissionais do lar.
- As acções de enfermagem, desenvolvidas segundo o modelo de enfermagem orientador deste trabalho, devolveu aos idosos a capacidade de poder decidir, a alegria, a afectividade e a confiança. Podemos concluir que os cuidados

prestados pelos alunos tiveram um papel importante na promoção da autonomia dos idosos proporcionando-lhes momentos de satisfação e felicidade.

- Verificou-se que o respeito pela vontade do idosos, a ajuda nos momentos certos, o carinho e a disponibilidade são inerentes aos cuidados que proporcionam momentos de bem estar.
- Nem sempre o comportamento dos cuidadores se adequou às necessidades sentidas, levando à não adesão dos idosos ao plano de cuidados, o que vem reforçar a necessidade do planeamento individual das acções para a obtenção de resultados positivos.
- O rigor na execução técnica das intervenções terapêuticas, aliado à formação dos funcionários, são considerados pelos idosos como pontos importantes para a sua segurança e bem estar.
- A necessidade de existirem enfermeiros a tempo inteiro no lar é reconhecida e expressa pelos próprios idosos: *“Era aqui preciso alguém assim permanentemente, isso é o que eu lhe digo”* (E2.11); *“Pena é não ser sempre assim”* (E2.6); *“... vamos ter saudades deles”* (E2.1).
- Partindo do conceito de bem estar que partilhamos, e nos seus relatos, não podemos dizer que os idosos em lares tenham uma percepção de bem estar, pois são múltiplos os factores que constituem fonte de desânimo, passividade, dependência e ausência de poder.
- Parece que a presença de enfermeiros no lar devolve aos idosos um certo sentido de controlo e uma maior satisfação na vida do dia a dia.

Conclusão

Um trabalho de investigação passa por um processo evolutivo e complexo, durante o qual temos de tomar decisões e fazer opções. À medida que avançamos, começamos a perceber que temos mais dúvidas, que certezas, o que nos faz sentir neste momento, mais num ponto de partida do que de chegada. No entanto, consequência do prazo para entrega deste trabalho, impõe-se uma reflexão sobre o percurso até aqui efectuado.

Ao verificarmos a forma como viviam os idosos nos lares, onde orientávamos ensinamentos clínicos do curso superior de enfermagem, colocávamos a seguinte questão: Qual a percepção dos idosos acerca da forma como vivem? Por outro lado, todos os alunos referiam a necessidade de existir enfermeiros permanentemente nos lares para melhorar os cuidados aos idosos, mas em que medida podem contribuir os cuidados de enfermagem para a melhoria do seu bem estar?

A curiosidade em encontrar algumas respostas para estas questões, motivou-nos para a realização deste estudo exploratório sobre a percepção de bem estar dos idosos institucionalizados e os domínios dos cuidados de enfermagem que contribuem para a melhoria desse bem estar.

Recentemente, num parecer da Comissão de Enfermagem Nacional da Ordem dos Enfermeiros afirma-se a necessidade de reflexão sobre a importância e a qualidade dos cuidados de enfermagem aos idosos alojados em lares, o que veio reforçar a pertinência deste estudo.

Passamos por um processo de construção teórica que nos permitiu enquadrar a problemática em estudo, abordando-se essencialmente questões gerais do envelhecimento, com relevo especial para as questões relacionadas com a institucionalização de idosos em lar. A formação dos enfermeiros nos cuidados aos idosos e os modelos teóricos que os podem orientar, foram também foco da nossa pesquisa empírica.

A perspectiva teórica apresentada aponta para uma desvalorização generalizada dos papéis sociais dos idosos. Os lares constituem um recurso comunitário importante mas são geradores de isolamento, dependência, solidão e em alguns casos de maus tratos. A falta de pessoal especializado nestas instituições é notória, nomeadamente enfermeiros.

Os enfermeiros sempre se preocuparam com os cuidados a prestar aos idosos e a enfermagem como profissão de ajuda, cuja preocupação fundamental é a saúde e o bem estar do indivíduo como um todo, pode dar um contributo importante aos idosos institucionalizados, aliás como refere a OMS.

Na segunda parte, procedemos à delimitação do estudo e abordamos a problemática geral em que ele se enquadra, para além da definição da metodologia por nós adoptada.

Para podermos responder aos objectivos traçados, partimos para o trabalho de campo optando-se por um estudo de tipo qualitativo, utilizando a entrevista para recolha de informação e a análise de conteúdo para o tratamento da mesma.

Obter autorização para a realização do estudo, constituiu, como prevíamos, a primeira grande dificuldade. Depois de várias reuniões para clarificar os nossos objectivos, obtivemos autorização verbal sob o compromisso de não identificar no trabalho o local de realização do estudo.

A metodologia adoptada proporcionou-nos uma abordagem exploratória em profundidade da problemática orientadora da pesquisa, mas constituiu também uma experiência humana difícil de descrever. Sentimos que foi um privilégio poder partilhar com estes idosos alguns dos seus momentos e registar os seus testemunhos de vidas nem sempre fáceis, nem sempre felizes, mas com muito significado.

A saída do campo de investigação foi progressiva, sentíamos quase que uma obrigação de aparecer para conversar e saber como passavam as pessoas que incondicionalmente tinham colaborado no nosso trabalho, e assim ainda hoje mantemos laços com elas.

A apresentação, análise e discussão dos dados foi o passo seguinte. Tentamos uma apresentação agradável e para tal recorremos à apresentação de quadros, citações, pequenos parágrafos ou frases de forma a visualizarmos melhor os dados e facilitarmos a sua análise.

Esta fase constituiu um momento de aprendizagem importante ao verificarmos que em algumas entrevistas deveríamos ter aprofundado mais determinados aspectos referidos pelos idosos. Num próximo trabalho esta experiência será seguramente um contributo importante.

Os dados analisados e interpretados passaram a constituir respostas às nossas questões de partida.

Constatamos que, mesmo constituindo o lar em muitas situações a alternativa mais adequada, sendo a instituição um espaço de estabilidade e segurança, os idosos não se sentem bem. A generalidade dos idosos preferia não estar no lar, e os que para cá vieram por iniciativa própria foi para evitar males maiores.

A percepção de perda limita as suas capacidades, o seu comportamento e faz com que o idoso se sinta diminuído em relação aos outros indivíduos.

Não se podendo afirmar que os idosos institucionalizados estão pior que os que vivem noutros locais, (Paúl, 1996; Pimentel, 2001), torna-se no entanto imprescindível a criação de condições no sentido de promover a autonomia, a saúde e o bem estar destes idosos, com respeito pelos princípios das Nações Unidas.

Sob o ponto de vista do quadro legal, estão criadas algumas condições básicas para que se possa alterar a situação dos idosos, a concretização dessas medidas é que tarda em efectivar-se. Talvez porque as sociedades da competitividade e da eficácia queiram mais ver os idosos à distância, tão imóveis quanto possível, tão de boa saúde quanto for útil para os mais novos, de forma a que não os impeçam de trabalhar, ter férias ou divertir-se. Como refere Dacosta (2000, p. 186) *“tornamo-nos de uma avareza afectiva terrível para com os idosos, estamos a ter comportamentos fóbicos aos seus contactos e sentimentos”*.

Vivemos um período, como refere Delors (1998), tipicamente de transição cultural e civilizacional onde se amontoam as indefinições, as perdas de referencial e os problemas de convivência. No que se refere à situação dos idosos é necessário uma urgente mudança de mentalidades que permita o reconhecimento do valor positivo dos mais velhos.

Neste sentido, a educação surge como um trunfo para que a nossa cultura evolua no sentido de que ninguém seja excluído porque há sempre lugar para todos. Por outro lado, a participação de toda a sociedade no sentido de promover uma concepção dinâmica da família que reforce e potencie os seus traços essenciais de partilha, solidariedade e entreajuda.

No que se refere aos lares são necessárias algumas medidas que envolvam o Estado, os responsáveis pelos lares, as famílias e os idosos, das quais queremos destacar:

- Aplicação da legislação vigente a todas as instituições, uma vez que aos lares não privados muita da legislação não é aplicável. Muitos lares nunca foram inspeccionados;
- Realização periódica de auditorias ao funcionamento dos lares e às suas instalações, auscultando a opinião dos idosos residentes e dos seus familiares, possibilitando a avaliação da evolução de cada lar;

- Existência obrigatória de processo individual onde se identificasse o planeamento de actividades e todos os registos relativos à vivência do idoso no lar;
- Eliminar destas instituições todos os factores de insegurança;
- As instituições devem ter planos de actividades diversificados e pessoal técnico especializado, nomeadamente enfermeiros, aliás como está previsto na lei;
- Os familiares devem acompanhar mais os idosos no lar, com visitas mais assíduas e pela participação nas actividades planeadas pela instituição;
- Criar mecanismos que permitam aos idosos e familiares reclamar para entidade independente quando ocorra algum problema.

Parece-nos, ainda, importante trabalhar novos paradigmas no que se refere aos cuidados a prestar a estes idosos, contrariando a lógica miserabilista, formando pessoas que possam integrar equipas em diálogo aberto sobre o contributo dos vários sistemas biológicos, psicológicos e sociais do ser humano. Estas são algumas pistas para um longo mas estimulante caminho do futuro, por um envelhecimento óptimo.

Ao chegarmos ao fim, consideramos que todo o tempo investido neste percurso valeu a pena. Este trabalho constituiu sem dúvida uma experiência de enriquecimento pessoal sob o ponto de vista académico, mas essencialmente sob o ponto de vista humano.

Foi uma oportunidade de reflexão, em que aprendemos e ficamos mais despertos e motivados para novas aprendizagens.

Gostaríamos ainda de salientar que este não foi um percurso solitário pois tivemos oportunidade de reflectir e discutir em encontros de enfermeiros e congressos, que culminaram na publicação de pequenos artigos.

Desta nossa experiência surge-nos agora uma questão: com que legitimidade se pode negar a estas pessoas idosas o direito à realização pessoal, à afectividade e à felicidade ?

Torna-se necessário avanços nas ciências de enfermagem no que se refere à saúde dos idosos, pelo que devem ser estimulados projectos de investigação orientados para a família e comunidades que permitam equacionar outras políticas de saúde e bem estar para os idosos.

Cuidar dos idosos, sem interesse e por afecto, é a mais drástica prova que as sociedades enfrentam, a prova da sua humanidade.

Bibliografia

ADAM, E. (1994) – *Ser Enfermeiro*, Lisboa, Instituto Piaget.

ALMEIDA, M.L.F. (1999) – *Cuidar do Idoso: Revelações da Prática de Enfermagem*, In: O Idoso - problemas e realidades, Coimbra, FORMASAU, p. 63-92.

AMADO, J. ; NEVES, M.C. (1992) – *Epidemiologia e envelhecimento demográfico*, In: Revista Geriatria, V, 44, p. 15-18.

ANDRÉS, SUSANA. M. (1995) – *Morir, tabúes, miedos negaciones*, In: Revista Rol, XVIII, 201, p. 17-21.

BARDIN, LAURENCE (1991) – *Análise de conteúdo*; Lisboa, Edições 70

BARRETO, J. (1984) - *Envelhecimento e Saúde Mental*, FMP, Porto.

BARRETO, J. (2000) - *Psicobiologia do Envelhecimento*, In: O Idoso Acamado, sub-região de Saúde do Porto, p.27-30.

BASTO, M.L. (1998) – *Da Intenção de Mudar à Mudança – Um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*, Lisboa, Rei dos Livros.

BELSKY, K. J. (1996) – *Psicología del Envejecimiento; Teoría, investigaciones e intervenciones*, Barcelona.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) - *Pessoas Idosas*, Lisboa, Lusodidacta,

BIRREN, J.; TABMON, Y.; CHEIT, E., (1985) - *Envejecimiento: Aspectos Psicológicos*, In: Enciclopédia de Ciências Sociais, Aguilar, Madrid, p. 288-309.

BOADA, M.G. (1988) – *Enfermería y tercera edad*, Revista Rol, 117, p. 29-31.

BOGDAN, R. C. ; BIKLEN, S. K. (1994) - *Investigação Qualitativa em Educação*, Porto, Porto Editora Lda.

CABRILLO, F. ; CACHAFEIRO, M.L. (1992) - *A Revolução Grisalha*, Lisboa, Planeta Editora.

CADETE, M.H. (1993) – *Envelhecer/Renascer*, In: Acção teórica do serviço social, p. 40-43.

CALHAU, I. G. (1997) - *Presídios como Instituições Totais: Uma Leitura em Erving Goffman*, Documento Web (URL:<http://www.geocities.com/Athens/Parthenon/3313/artigo62.html>)

CARREIRA DE ENFERMAGEM, (1991), *Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro*, In: Diário da república, I Série-A, 257, p. 5723-5741

CARROL, M. (1991) – *Enfermagem para Idosos*; São Paulo; Organização Andrei.

COLLIÈRE, M. (1989) – *Promover a Vida*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COMISSÃO EUROPEIA, (1992) – *As pessoas idosas e a família, Solidariedade entre gerações*; Actas da Conferência Europeia, Região Autónoma da Madeira.

COMISSÃO EUROPEIA, (1995) – *Relatório e recomendações sobre linhas de orientação para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem aos idosos*, Bruxelas, Doc. XV/E8301/4/94-PT.

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL, (1994) - *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comonidades Europeias*, Lisboa Fundação Europeia para as Condições de Vida e de Trabalho.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2001) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*, Versão B; Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros, Gráfica 2000.

CORREIA, M. G. B. (1988) – *Aspectos da problemática social da 3ª idade*, In: Revista Geriatria, I, 4, p. 31-34.

COSTA, A. B., (1993) - *Pobres Idosos*, In: Estudos Demográficos, Instituto Nacional de Estatística, 31, p. 99-105.

COSTA, M.A. (1994) – *Os idosos nos caminhos (e descaminhos...) da formação dos enfermeiros*, In: Revista Geriatria, Lisboa, VII, 66, p. 17-20.

COSTA, M.A. (1998) – *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*, Fim de Século Edições Lda., Lisboa.

COSTA, M.A. (1999) - *Questões demográficas: repercursões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros*, In: O Idoso - problemas e realidades, p. 7-61, Coimbra, FORMASAU.

CRISTOVÃO, M.R. (1997) – *Percepção do Enfermeiro no Cuidado ao Idoso*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

DACOSTA, F. (2000) - *Musica de Cangalheiro*, In: Visão, 15, p.186.

DECO - Associação para a Defesa do Consumidor, (1995) – *Lares de Terceira Idade-Concelho de Lisboa. Qualidade da prestação de serviços. Situação dos idosos residentes em lares*, Lisboa.

DECO - Associação para a Defesa do Consumidor, (1997) – *Lares para idosos*, In: Pro Teste, 170, p. 4-10.

DELORS, J. (1998) – *Educação um tesouro a descobrir*, Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional Sobre Educação para o século XXI, Edições ASA, Porto.

DICIOPÉDIA 99, (1999) - *Grande Dicionário Enciclopédico Multimédia*, [CD-ROM] Porto Editora.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, (1998) – *Demografia*, Documento Web (URL: http://www.home.eunet.pt/~deps/dgs/ac_dem.htm), p.1 – 11.

DRULHE, M. (1981) – *Vivre ou Survivre? Les Centres d'Hébergement por Personnes Âgées*, Paris, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique.

FERNANDES, M.J. (1996) – *Conceito de Qualidade de Vida para o Idoso*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

FERNANDEZ, C. G.; PASTOR, A. M. ; PALENZUELA, C. N. (1996) – *Incontinência en una residència assistida geriàtrica*, Barcelona, Revista Rol, 211, p. 65-67.

FERREIRA, P. L. (1991) – *Definir e medir a qualidade dos cuidados de saúde*, In: Revista Crítica das Ciências sociais, 33.

FISCHER, G.N. (1994) – *Psicologia Social do Ambiente*, Lisboa; Instituto Piaget.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992) – *O inquérito: teoria e prática*, Oeiras; Celta Editora.

GRANDE, N. (1994) – *Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade*, In: Revista Geriatria, Lisboa, VII, 68, p. 6-10.

GRAY, J. et al (1985) – *Éxitos y fracasos en la etención del anciano*, In: Hacia el bien estar de los ancianos, OMS, p. 59-66.

HALL, M.R.P. et al (1993) – *Cuidados Médicos ao Doente Idoso*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.

HASSE, M. (1992) – *O corpo envelhecido na sociedade Portuguesa*, In: *Pistas de reflexão do serviço social*, p. 23-28.

HESPANHA, M.J.F. (1993) – *Para além do estado: A saúde e a velhice na sociedade - providência*, In: B. Sousa Santos, *Portugal: Um Retrato Singular*, Porto, Afrontamento, p.313-335.

CIE, (1996) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão alfa, Lisboa, APE.

CIE, (2001) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão Beta, Lisboa, APE

INE, (1998) – *Estatísticas de saúde*, DEPS, Lisboa.

INE, (1999) - *As Gerações Mais Idosas*, Lisboa, Série de Estudos Nº 85.

JARDIM, B. (1995) – *Os Idosos Activos*, In: *Revista Geriatria*, III, 80, p. 28-30.

LEININGER, M. (1991) - *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*, New York, Nacional League for Nursing.

LEONARDO, M.I. (1995) – *O idoso e o ensino de enfermagem*, In: *Revista Geriatria*, Lisboa, VIII, 74, p. 25-27.

LESSA, A. (1993) – *O despertar dos idosos*. Publico, Lisboa, 181, Agosto, p. 14-17.

LIMA, A. P. ; VIEGAS, S.M. (1988) – *A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice*, In: *Psicologia*, VI, 1, p. 149-158.

LINCOLN, I. S. (1992) – *Conexiones simpáticas entre los metodos cualitativos y la investigaicon en salud*, Qualitative Health Research, 2; 4: 375-391

MACIEL, M. (1999) – *Terceira idade e direitos humanos*, Documento Web, (URL:<http://www2.uol.com.br/maturidade/m3/vice.htm>), p. 1-3.

MAIA, F. (1989) – *População idosa e segurança social*, In: Revista Geriatria, Lisboa, III, 23, p. 37-43.

MARRINER, T.A (1994) – *Modelos y teorías en enfermería*, Madrid, Mosby/Doyma Livros.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, (1999), *Decreto-lei n.º 353/99*, In: Diário da república, I Série-A, 206, p.6198-6201.

MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL, (1989) – *Despacho Normativo n.º 67/89*, “Norma reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares com fins lucrativos de apoio a idosos”, In: Diário da república, I Série, 170, p.2929-2933.

MIRADA, A. ; VALLS-LLOBET, C. (1996) - *Dar Vida aos Anos*, Barcelona, Círculo de Leitores.

NACIONES UNIDES, (1991) – *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*, resolução Nº 46/91 de 16 de Dezembro; Documento Web, (URL: <http://www.un.org/esa/socdev/1yop/es1yoppo.htm>), p. 1-3.

NACIONES UNIDES, (1998) – *Cuarto exame y evaluación de la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*, Documento Web, (URL: <http://www.un.org/esa/socdev/age4res.htm>).

NAZARET, J.M. (1993) - *O envelhecimento demográfico da população Portuguesa no início dos anos noventa*, In: *Geriatrics*, 64, p. 5-17.

NAZARET, J.M. (1994) - *O envelhecimento demográfico da população Portuguesa no início dos anos noventa*, In: *Economia e Sociologia*, 56, p. 5-25.

OMS (1994) – *La protection de la Santé des personnes âgées*. P. 111-127.

OMS (1998) – Versão em Português *Instrumentos de avaliação de qualidade de vida*, Documento Web, ([URL:http://www.hcpa.utrgs.br/psiq/whoqol1.html](http://www.hcpa.utrgs.br/psiq/whoqol1.html)), p.1 – 8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (1998) – *Estatuto*, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2000) - *Audiência com o Secretário de Estado Adjunto do Ministro do Trabalho e Solidariedade*, In: *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 1, p.9.

PAÚL, M.C. (1994) – *Panorama demográfico dos idosos em Portugal*, In: *Revista Geriatrics*, VII, 70, p. 21-26.

PAÚL, M.C. (1996) - *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meio urbano*, Braga, Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

PAÚL, M.C. (1997) - *Lá Para o Fim da Vida; Idosos, Família e meio ambiente*, Coimbra, Livraria Almedina.

PEARSON, A e VAUGHAN, B. (1992). – *Modelos para o exercício de Enfermagem*, Lisboa: ACEPS.

PHANEUF, M. (1995) – *A Relação de Ajuda*, Intervenção no I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra.

PIA, M. (1999) - *El rigor en la investigación cualitativa*, In: Atención Primaria, 24, 5, p.111 - 120.

PIMENTEL, M. L. (2001) - *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e trajetórias*, Coimbra, Quarteto.

PIRES, L. (1994) – *Idosos: modos de vida e condições de vulnerabilidade*, In: Revista Geriatria, Lisboa, VII, 66; p. 21-28.

QUARESMA, M.L. (1993) – *O papel da família e da comunidade local* , In: Acção teórica do serviço social, p. 37-39.

QUINTELA, M. J. (1988) – *Apoio aos idosos de um centro de saúde*, In: Revista Geriatria, 9, p. 44-50.

RAMOS, F.M. (1993) – *Contributos etnográficos para uma antropologia da terceira idade*, In: Economia e Sociologia, 56, p. 77-88.

REIS, M.G.M. (1998) – *A participação da pessoa idosa residente num lar nas actividades pessoais e sociais*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

REPE, (1996), - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*, In: Diário da república, I Série - A, 205, p.2959-2962.

RIBEIRO, L. F. (1995) – *Cuidar e Tratar*, Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral, Lisboa, EDUCA, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

ROACH, M. S. (1992) - *The human act of caring*, Ottawa: Canadian Hospital Association.

- ROBERT, L. (1995) – *O Envelhecimento Factos e Teorias*. Lisboa, Instituto Piaget,
- ROUSSEL, L. (1990) - *Les relations inter-générationnelles au moment de la veillesse des parents*, In: *Relations intergénérationnelles. Parrenté - Transmission - Mémoarre*, Actes du colloque de Liège 17 e 18 Mai 1990, p. 165-180.
- RUEDA, G. S. (1999) - *Dorothea E. Orem aproximação a su teoría*, In: *Revista Rol de Enfermería*; 22(4), p.309-311
- SANTOS, P. L. D. F. (1995) – *A depressão no idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de Extremadura.
- SERRA, A. V. (1999) - *O Stress na Vida de Todos os Dias*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, p. 101- 116 e 609 – 653
- SILVA, A. (1999) – *As Práticas Clínicas na formação dos enfermeiros*, Dissertação de Mestrado, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- SILVA, A.M. (1995) - *Percepção dos idosos face aos cuidados de enfermagem*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- SOUTO-LOPES, J. (1990), *Idosos em situação asilar*; Aspectos sócioeconómicos e patológicos gerais. *Geriatrics* 3, 27, p. 21-32
- STAR et al (1997) – *A família um paciente esquecido*, Barcelona, *Revista Rol*, 215, p. 60-65.
- SWANSON, K.M. (1991) – *Desenvolvimento empírico de uma teoria de médio alcance*, *Nursing Research*, 3, p. 161-166 (tradução de Alice dos Mártires).
- VALA, J. (1986) – *A análise de conteúdo*, In: Silva, A. S.; Pinto, J. M. – “A metodologia das ciências sociais” , Porto; Edições Afrontamento.

WATSON, J. (1988) – *Nursing: Human science and human care – a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

WONG, P. (1989) - *Personal meaning and successful aging*, In: Canadian Psychology, 30, 3.

Anexos

Anexo I – Expressões mais significativas das entrevistas sobre a forma como os idosos se sentem no lar.

Categoria – Satisfação com a forma de vida actual	
Subcategoria – Alterações na forma de vida com entrada no lar	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Conforto: <i>“tenho outro conforto, comparado com o frio da minha casa e até a falta de comida, mudou para melhor”(E4)</i> <i>“Alterou para melhor eu vivia sozinha numa miséria andava a pedir nas festas, não dava para comer morava num barraco”(E10)</i> <i>“aqui é como que se estivesse em casa neste quarto não entre mais ninguém”(E18)</i> <i>“eu estava sozinha e tinha que ir para algum lado, antes quis vir para aqui do que ir para a França, se morrer sempre estou mais perto da minha terra”(E22)</i> Resolução de Problemas Familiares: <i>“Tinha muitos problemas em casa com um irmão por isso decidi vir para este lar logo sinto-me muito melhor agora”(E12)</i> <i>“não gostava de ouvir certas coisas... tinha uma nora minha que não gostava lá muito do trabalho que eu dava”(E3)</i> Cuidados de Saúde: <i>“Aqui se me acontecer alguma coisa á sempre alguém por perto e também aqui não fico a dever favores a ninguém pago na medida das minhas possibilidades e cá estou”(E3)</i> <i>“Estava numa pensão antes de vir para aqui para o lar, lá se eu estivesse doente tinha que ir ao hospital e desenrascar-me aqui tenho quem trate de mim”(E7)</i> <i>“se precisar de médico também se arranja sem ter que ir para o posto esperar horas sem fim”(E18)</i> <i>“foi o melhor que fiz, se não tivesse esta casa já estava debaixo dos torrões, nunca fui de grande saúde”(E10)</i>	Perda de Saúde: <i>“Acho que comecei a ficar mais doente”(E11)</i> Diminuição da Actividade: <i>“Deixei de trabalhar e isso foi o que mudou mais.” (E6); (E8); (E13); (E14);(E17)</i> <i>“o que faz mais diferença é não ter nada com que matar o tempo”(E5)</i> <i>“A principal coisa foi deixar de trabalhar”; passei a ter também uma vida mais presa e mais orientada por outros ou pelas regras e isso é o que mais me custa”(E1)</i> Diminuição de Contactos Sociais: <i>“Agora também falo com menos pessoas, quando estava em casa sempre ia fazer umas compras, via os vizinhos” (E6); (E8); (E13); (E14);(E17)</i> <i>“falo é com menos pessoas, quando estava em minha casa sempre ia a umas festas que era convidada, lanchar com umas amigas agora passo os dias no quarto”(E16)</i> <i>“não saio tanto, não vejo as pessoas com quem falava lá na terra, não tenho nada para fazer”(E3)</i> Perda de autonomia: <i>“em casa estava mais liberta, não dependia de ninguém, dava as ordens e pronto a minha empregada era minha amiga nunca me tratou mal e aqui já”(E20); (E21)</i> <i>“sabe como é na nossa casa a gente faz o que quer quando quer, faz e desfaz à nossa maneira aqui temos que cumprir regras e normas e isso às vezes custa um bocado e traz-nos chatices.” (E9); (E11);(E15)</i> <i>“foi como da noite para o dia, ou da agua para o vinho, como quiser. Eu fazia o que queria à hora que me apetecia, comia o que me apetecia e se não queria comer não comia”(E5)</i> <i>“deixei de pode resolver as coisa que quero fazer, não posso fazer nada sem avisar”(E4)</i> <i>“estava habituado a fazer o me lembrava não dava satisfação a ninguém aqui não é assim, sempre temos hora para comer para deitar não se pode sair sem dizer para onde vamos” (E1)</i>
Categoria – Satisfação com a forma de vida actual	

Subcategoria – A vida no lar	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Ter alguém por perto: <i>“Estou contente de estar aqui,... mas gostava mais de estar na minha casinha, só que lá tinha que estar sozinha”;</i> <i>“aqui sempre tenho alguém por perto”</i> (E6); (E9); (E10); (E13); <i>“Em casa estava sozinha ... tinha muito medo de me acontecer alguma coisa e ninguém dava conta”</i>(E11) <i>“eu não tinha ninguém para olhar por mim e aqui deram-me a mão”</i> (E8) Sentimento de Utilidade: <i>“Estou satisfeita porque me sinto útil” ; “Aproveito todo o tempo para não morrer de tédio, não sou como a maioria à espera da hora do almoço”</i> (E12) Aspectos económicos: <i>“Mas eu gosto de volta e meia dar algum, dá-me alguma satisfação”;</i> <i>“Sinto-me bem, tomara você chegar assim à minha idade”</i> (E2) Apoio logístico (hoteleiro) : <i>“lavam-me a roupa e até me fazem a cama, por isso, está a ver que não tenho muito que me queixar”</i> (E1); (E9); (E11); (E13); (E16); (E21) <i>“Não trabalho, como e bebo e descanso, não podia estar melhor”</i> (E7) <i>“tenho a vida sossegada não tenho nada para fazer, nada me preocupa o que é importante para a nossa cabeça”</i> (E13) <i>“só vim quando tive um quarto só para mim, não gosto de confusões”</i> (E16) <i>“sempre tenho quem me dê uma mão com o meu marido”;</i> <i>“Então não havia de me sentir bem a tratar do meu marido...”</i> (E18) <i>“Eu estava com os meus filhos ... andava sempre de mala feita, mas não gostava de andar de lado para lado”</i> (E3) <i>“as condições comparadas com as que tinha antes são um luxo”</i> (E9) <i>“este é o meu mundo e é o melhor que já tive”</i>(E10) <i>“O que é isso, tive sempre uma vida de muito trabalho, fome e miséria, então agora aqui temos comida e outras riquezas”</i>(E17)	Infantilização: <i>“Aqui é como meninos está na hora de comer, está na hora de ir para a cama, não pode sair que está mau tempo, ou está calor de mais já viu isto”</i> (E5) <i>“Pensam que estão a falar e a tratar de crianças, se calhar é isso que elas pensam que nós somos”</i>(E5) Dificuldades Económicas: <i>“Não faz ideia do dinheiro que tenho para aí dado”;</i> <i>“para entrar aqui e ficar com estes dois quartos só para mim tive que dar a quinta que tinha um palácio”</i> (E2) <i>“Em casa a minha reforma dava para alimentar 4 bocas, aqui estão sempre a dizer que não chega”</i>(E7) Déficit de Participação e controlo: <i>“sempre gostei de saber de opinar, Aqui estou fechada, não conheço ninguém e sei muito pouco do que se passa”</i> (E2) <i>“comia o que queria e podia visitar os amigos quando queria”</i> (E4) <i>“quero sair para dar uma volta e é sempre uma complicação”</i> (E5) <i>“Não estou contente, nunca estive porque não podia fazer o que queria”</i> (E23) <i>“Sentia-me bem se tivesse mais liberdade para andar aqui e acolá” ; “gostava de ir todos os dias à minha terra”</i>(E20) <i>“...vir para aqui, até nem dormia”;</i> <i>“nem penso se estou bem ou mal, estou” ; “gente aqui não manda nada, não tem cá quem nos possa ouvir”</i> (E6) Falta de Privacidade: <i>“Nós trazemos para aqui as roupas e eles misturam tudo e eu fico danada com estas coisas, o que é meu é meu” ; “ao fim de 86 anos de vida ter que vir para um sítio que não conhece pensa que se pode sentir bem”</i> (E22) <i>“Que remédio, se estivesse em casa ... era melhor”</i>(E8) <i>“passei a dormir no mesmo sítio com mais 3 não posso estar á vontade”</i>(E4) Normas institucionais: <i>“Queremos ficar a jogar cartas, ou a ver o telejornal e temos de ir para a cama porque fica na hora de apagar a luz”</i>(E4); (E19) Revolta: <i>“antes quero morrer que aturar isto, eu nunca fiz mal a uma mosca, olhe ando para aqui como Deus quer”</i> (E8) <i>“Vou para a cama e passo noites sem dormir a pensar no que se passou para acabar assim mas não chego a lado nenhum”</i> (E22)
Categoria – Satisfação com a forma de vida actual	
Subcategoria – Sentimentos de felicidade / infelicidade	

Indicadores:	
Positivos	Negativos
Passear: <i>"Só ando mais contente quando ando por lá, e não ando a fazer nada,... tive sempre uma vida muito fechada e não fiz grandes amigos, mas só de sair daqui e dar uma volta na rua já fico satisfeito"</i> (E5) Ausência de problemas familiares: <i>"Quem é que não está feliz por chegar aos noventa anos, não tenho família zangada uns com os outros e são meus amigos"</i>(E7) <i>"às vezes tenho dias de felicidade, quando tenho a visita das minhas pequenas."</i>(E11) <i>"meu marido tem tido algumas melhoras, até já me quis dar um pontapé, fiquei toda contente"</i>(E18) <i>"feliz por ter os meus filhos casados e formados o resto nem penso para não estragar os dias"</i>(E20) <i>"mas estou descansada porque os meus estão todos bem isso sempre nos dá alguma alegria mesmo nestas horas de desespero"</i>(E23) <i>"Estou feliz por ver os meus filhos e netos felizes e todos unidos"</i>(E8) Sucesso da vida Passada: <i>"tive uma família maravilhosa, tive graças a Deus saúde, comida para comer"</i>(E2) <i>"... feliz porque estou vivo, ... depois do que já passei, chegar a esta idade sem muitas doenças ter onde dormir e onde comer, que mais quero eu"</i> (E3) <i>"estou bem com a minha consciência, trabalhei sempre muito para poder criar os meus filhos, não lhes dei muito mas dei tudo o que podia"</i>(E4) <i>"Eu nunca passei martírios nem com o meu marido nem com os patrões"</i> (E12)	Solidão: <i>"O único problema é estar muito só"</i>(E7) <i>"Sinto-me um bocado sozinha"</i> (E22) <i>"Sinto-me às vezes um bocado palerma e esgotada"</i>(E10) <i>"Os dias são sempre tristes, sofre-se"; "estou para aqui como se sente um passarinho na gaiola"</i> (E15) <i>"aqui não é como estar na nossa casa, isto é uma casa de todos e não é de ninguém"</i>(E16) <i>"Por vezes sinto-me um pouco parado e sem vontade mas depois passa mas é certo que estou muito sozinho"</i> (E19) Falta de Compreensão e decisão: <i>"falta compreensão, nós aqui não mandamos nada";</i> (E17) <i>"Sinto-se muitas vezes muito triste, porque a gente aqui não manda nada"</i>(E6) Doença: <i>"Sofro muito e queria morrer"</i>(E23) <i>"a felicidade já não é para mim, estou a ficar velhote e com doença que sentido faz falar de felicidade"</i>(E21) <i>"quando estou menos atacado das dores sinto-me bem mas quando a coisa aperta, só penso em desaparecer"</i>(E19)

Categoria – Satisfação com a forma de vida actual
Subcategoria – Perdas e ganhos mais importantes
Indicadores:

Positivos	Negativos
Necessidade de adaptação: <i>"a opção de vir para aqui foi minha e por isso tive que me adaptar a esta vida e aqui aprendi a viver bem com tudo"</i>(E12) <i>"tenho tudo é claro só me falta a conversa com a vizinhança"</i>(E13) <i>"O que me pode faltar? Eu estou aqui e de um momento para o outro se Deus quiser podemos ir"</i>(E22)	Dificuldades Económicas: <i>"Sinto falta de dinheiro, para poder sair daqui para fora e é claro"</i>(E4);(E10);(E11);(E17);(E19) Perdas patrimoniais e sociais: <i>"Preferia passar fome em casa do que estar aqui"; "Em casa tinha a família"</i> (E4) <i>"desde o primeiro dia que vim para aqui que me sinto mais triste principalmente porque não posso sair para ir ... ver os meus amigos"</i> (E7); "(E1); (E2) <i>"quando penso na gente da minha terra e na quinta que tenho a monte, passo algumas horas difíceis"</i> ; <i>"tenho menos gosto na vida cada dia que passa, isso é verdade"</i>(E1) <i>"Sinto muita falta dos meus, tinha outros sonhos"</i> (E16) <i>"não sei onde fiz mal para não ter nenhum filho perto, sabe o que é não ter mesmo ninguém por perto, alguém que nos queira bem"</i>(E22) <i>"Sinto falta da minha filha. ..."</i> (E14) <i>"sinto falta da minha família, eu tinha muita intimidade com os meus irmãos e sobrinhos, vim para aqui e fiquei isolada"</i>(E16) <i>"Mas se tivesse pelo menos um filho mais perto estava mais descansada"</i>(E22); (E6) <i>"sinto muito a falta dos meus filhos embora não nos desse-mos lá muito bem"</i>;(E10);(E11);(E17);(E19) Falta de companhia e Carinho: <i>"Perdi companhia verdadeiramente. Sinto falta do meu marido"</i>(E20); (E6); (E8);(E9) <i>"... nunca mais tive carinho como o que ele me dava, sinto falta de alguém em quem possa depositar as minhas amarguras é por isso que quase todos os dias choro alivia a alma sabe."</i>(E15) <i>"alguém que me fizesse companhia estamos aqui muitos mas todos sozinhos sabe, não se pode confiar em ninguém"</i>(E11) <i>"alguém que perceba os problemas de quem é velho"</i>(E3) <i>"Sinto falta de carinho é o que me faz mais falta sem duvida"</i>(E2)

Categoria – Satisfação com a forma de vida actual	
Subcategoria – Níveis de saúde	
Indicadores:	
Positivos	Negativos

Ausência de doença: <i>"não tenho para já nenhuma doença que me preocupe"</i> (E1) <i>"Sinto-me bem porque não me dói nada"</i> (E10) <i>"tenho alguma saúde e aproveito bem o tempo, não me sinto incapaz"</i> (E12) <i>"Espero é ter saúde que o resto cá se aguenta"</i> (E9) <i>"Sinto-me feliz porque apesar de ser viuva e viver aqui á vontade dos outros, todos me dizem, quem me dera chegar á sua idade assim"</i>(E15) Medo de dependência: <i>"não queria era ficar para aí empregado como vejo alguns, é uma tristeza ficar a depender dos outros, disso tenho muito medo"</i> (E3) <i>"vou à missa pedir para que me conserve pelo menos como estou, tenho um medo que me pelo de cair aí numa cama"</i> (E10)	Patologias: <i>"a maldita bronquite, não me deixava fazer grandes coisas, sem falar no reumático que nem me deixa dormir em condições"</i> (E5) <i>"tenho saudades do tempo passado, distraia-me mas tinha mais saúde"</i> (E14) <i>"Também aqui há tempos deu-me um raminho e fiquei um bocado esquecida, já não consigo fazer as mesmas coisa e isso ás vezes põe-me triste"</i> (E16) <i>"não tenho força nas pernas para nada é só andar neste carrinho de um lado para o outro, sujeito-me ao que me ajudam"</i> (E18) <i>"Antes de ser operado ao coração estava melhor"</i> (E21) <i>"agora que fiquei doente piorou"</i> (E23) <i>"Saúde, ou morte mais nada"</i>(E23) <i>"Faz mais falta é a saúde, sou doente da coluna do reumatismo e da bronquite"</i>(E5) <i>"A minha saúde está á vista, por causa das pernas"</i> (E4)
---	---

Categoria – Satisfação com a forma de vida actual	
Subcategoria – Expectativas face ao futuro	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Ajudar Familiares:	Desinteresse pela Vida:

<i>"tenho o dever de ajudar o meu cunhado que coitado não tem mais ninguém" (E1)</i> <i>"enquanto ele for vivo é esta a minha vida, depois logo se vê"(E18), (E17)</i> Gosto de Viver: <i>"quero viver, gosto muito dos meus filhos e dos meus netos quero estar viva" (E7)</i> <i>"tenho um espírito que não me deixa abater por qualquer coisa, dou sempre a volta por cima, eu gosto de viver"(E12)</i> <i>"estando vivo é sempre em frete até chegar o dia, não nos podemos deixar abater por estas dificuldades vamos andando como Deus quer e se ele quer assim tem que ser"(E19)</i> Esperar pela Morte: <i>"Tem sentido para mim própria, se a morte chegar aceito" (E2)</i> <i>"depois de tudo o que passei, agora quero é descansar"; descansar porque já se sabe o que nos espera mais dia menos dia" (E3)</i> <i>"sentido agora é sempre ao baixo, até chegar a hora que Deus quiser"; "esperar que ele chegue " (E5)</i> <i>"Andamos para aqui, a esperar a hora, ... não temos outras esperanças, já fizemos tudo nesta idade sabe" (E11)</i> <i>"Já perdi o gosto de viver , não peço a morte mas se ela vier não me importo"(E20)</i> <i>"A gente está quase no resto, a gente sabe lá"(E22)</i> <i>"agora é só esperar que chegue a hora estou preparado para tudo"(E4)</i> <i>"agora é só esperar o dia do juízo"(E17)</i> <i>"Quando morre aqui algum então é uma tristeza mesmo grande, chego até a pensar que era melhor ter sido eu" (E6)</i>	<i>"De vez em quando esqueço-me da vida" (E14)</i> <i>"... cá me vou entretendo para não pensar muito na vida, mas agora não tenho rumo certo, é para onde for"(E21)</i> <i>"eu queria era morrer, peço ao senhor para me levar e ele não me liga nenhuma"(E23)</i> <i>"à dias que não tenho grande vontade de viver"(E10)</i>
---	--

Categoria – Satisfação com a forma de vida actual	
Subcategoria – Estratégias para ultrapassar dificuldades	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Realização de Actividades: <i>"o que ainda me vai consolando são os</i>	Acomodação: <i>"quem vai para velho e está só não tem mais o</i>

trabalhinhos que vou fazendo lá na oficina, porque enquanto lá estou nem dou conta do tempo passar" (E21) "trabalhar, pois estando a trabalhar estamos com a ideia no trabalho que não pensamos noutras coisas piores"; "É dar um passei de manhã e outro à tarde"(E9) Religiosidade: "vou para a capela à tarde e é o melhor sitio sossegado e fico mais aliviada quando de lá venho"(E6);(E7) "Rezo, e penso muito nas coisas boas que passei isso ajuda muito a passar o tempo" (E2);(E13);(E14); (E17);(E18);(E19);(E22) "Se eu não acreditasse em Deus não valia a pena viver."(E16) "A ler as minhas cartas e a rezar"(E15) Relações interpessoais: "falar com os meus filhos e uns amigos, e quando vejo os meus netos esqueço tudo, gosto de brincar com eles e eles também são muito meus amigos"(E9) "desabafar com uma sobrinha minha que é a única que me ajuda a aguentar certas dificuldades quando cá vem coitada ouve tudo"(E11) Outras Estratégias: "esperança que quando abrir o lar na minha terra eu vou para lá, onde conheço as pessoas e o ambiente"(E4) "Ver as crianças ali da escola a brincar no jardim, é a vista mais bonita da minha janela"(E20)	que esperar"(E2) "... tenho que cumprir o que me está destinado até que chegue a hora"(E5);(E8) "Quando ficar a dar muito trabalho que Deus me leve é só o que peço"(E8) "Chorar, e rezo muito, peço ao Senhor que me leve"(E23)
--	--

Categoria – Relações sociais	
Subcategoria – Familiares e amigos	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Passeio ao exterior: "Quando vou à terra, encontro-me lá com uns amigos".(E1) "Os meus sobrinhos, mas eles só cá vêm de mês a mês, mas sempre vou dar uma volta" ; "também tem uma senhora com quem vou à missa e sempre converso um bocado mas é só ao domingo" (E8) Visitas:	Redução progressiva das visitas: "Nos primeiros meses ia lá muitas vezes, agora já vou menos, sabe a gente vai-se desligando e quando lá vou já não sei muitas coisas que lá se passam e também não posso perder muito tempo porque isto aqui há horas para as coisas"(E1) "...as pessoas que eu conhecia lá da minha terra ainda as

“Tenho de alguns bombeiros que de longe a longe passam por aqui, são amigos que eu lá tinha. O meu irmão também cá vem mas muito poucas vezes porque ele é muito doente”(E4) “Quem vem cá consoante calha é o filho do meu senhorio sempre ficou meu amigo”(E5) “O meu filho vem cá quase todos os fins de semana, ... às vezes trás os meus netos são os melhores bocadinhos que aqui passo, a minha nora quase nunca vem, ela também é marca pistola, não faz cá grande falta”(E6); (E7) “Os meus filhos todos os dias vêm cá, pelo menos um e trás os meus netos”(E9) “as pessoas lá no bar e realmente com quem mais converso.”(E12) “Mas as meninas que eu criei visitam-me todas as semanas e sempre conversámos um bocado, elas contam-me as novidades da terra”(E13) “Tenho de vez em quando uma pessoa ou outra lá da terra que passa por aqui quando vem para estes lados”(E14), “Os meus sobrinhos é que aparecem de vez em quando, de resto sou só eu e ele”(E18) “Da família só os meus filhos os meus irmãos já morreram todos, a minha filha vem mais vezes o meu filho vem menos, tem a vida deles”(E20) “Todas as semanas tenho cá alguém para dar duas de letra, os meus filhos e até mesmo uns amigos lá da terra”(E21)	encontrava no início quando vim para aqui, mas com o tempo tudo esquece”(E10); (E6); (E7) “Os meus filhos passam por cá às vezes de início vinham mais mas tem muito trabalho, ainda se o meu , marido fosse vivo sempre tinha uma companhia assim vamos andando” (E11) “de início quando para aqui vim passavam mais vezes agora é raro a gente vai esquecendo”(E14) “Tenho os meus sobrinhos, mas que agora aparecem pouco de 2 ou de 3 em 3 meses”(E17) “No início tinha visitas quase todos os dias, vizinhos, filhos, amigos, agora só os meus filhos é que aparecem e poucas vezes.”(E20) “ficam aqui uma ou duas horas depois lá têm que ir é pouco tempo nos dias grandes que aqui se passam”(E21) “De início vinham todas as semanas ... mas com o passar do tempo têm vindo cada vez menos. À alturas que dava jeito que por aqui passassem para conversar um bocado, mas já me fui habituando.”(E3) “Quando calha a minha sobrinha e as minhas irmãs passam por aí mas é conversa de pouco tempo , está tudo bem como é que vai a vida e toca a andar”(E19) Limitações a saídas do lar: “Quando saía lá fora tinha muitas amigas, agora não , não saio. Não aguento das minhas pernas”(E11) “Tenho tanta gente amiga. Não os vejo com muita frequência porque as saídas à terra são poucas.”(E13) Interesses económicos: “tenho uns sobrinhos que de longe a longe passam por cá mas com umas conversas que não gosto nada, devem querer ver se lhes sobra algum.”(E22) “Gosto de falar com pessoas mas que não sejam estúpidas ou interesseiras e aqui só vêm para me pedir dinheiro”; “está a ver não tenho grandes oportunidades para conversas” (E2) “Tenho dois sobrinhos mas nunca cá vieram, sabe, não tenho dinheiro nenhum” (E5) “...de início vinham muitas vezes agora arranjam sempre uma desculpa sabe como é já lá têm o deles”(E17) Desinteresse / Ausência de Familiares: “os meus filhos visitam-me por obrigação eles ligam pouco a isto”(E3) “Os outros não vem por causa do dinheiro... mas eles também não querem saber do pai para nada” (E4) “Não tenho família, ninguém, sou filha única”; “Não tenho ninguém...” (E10) “Não tenho ninguém, fiquei viuvo já lá vai um bom par de anos não tinha filhos”(E5); “A minha filha essa está longe só cá vem 2 ou 3 vezes no ano, está lá para Lisboa é muito longe”; (E14); “Os meus filhos estão em França não podem cá vir a não ser nas férias, os meus irmãos coitados também não podem andar e têm as casinhas deles”(E22)
Categoria – Relações Sociais	
Subcategoria – Residentes	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Relações de cortesia: “A relação é boa, às vezes tem aí uns espertos mas não se liga.”(E9) “Mais ou menos sabe nem todos temos o mesmo feitio, por isso, dou-me com os que são como eu,” (E6) “no geral não à problemas lá vem de vez em quando um aborrecimento, à alguns com quem não se fala para não dar chatice e pronto”(E10) “Estou cá á pouco tempo e ainda não conheço todos, mas dou-me bem com todos”(E13)	Conflitos: Estatuto “Há alguns que não gosto e depois há aí umas senhoras que pensam que mandam, impus-me não casei para não aturar mulheres e está a ver, mas sabe como é o melhor, é não dar conversa”(E1); (E4) “alguns que fazem uns favores às empregadas e pensam que mandam nisto esses é que são o maior problema.”(E11) Espaço

"Não me zango com ninguém e também não dou motivo para zangas."(E15) "Tem um ou outro que ainda dá para falar, mas sempre das mesmas coisa, das lamentações"(E4); (E19) Amizade: "Tenho alguns com quem me dou bem, até um ou dois considero amigos"(E21) "Tenho aí duas ou três amigas de antes de ficar doente e passam aqui junto de mim muito tempo e sempre me chegam uma agua e chamam a empregada"(E23)	"tenho algumas zangas ... ele é um bocado porco e fica mesmo á minha beira no quarto, se tivesse um quarto só para mim não havia problemas" (E5) "Há uma que é muito má e eu não me dou nada com ela uma vez num passeio ela tirou-me o lugar nunca mais a vi bem."(E14) "há para aí alguns que volta e meia chateiam-se mas o problema é deles, têm inveja de eu ter aqui um quarto só para mim, não lhes ligo"(E18) Comportamento "Bom dia boa tarde e nada de muitas conversas, quando jogamos cartas ou dominó acaba sempre em discussão."(E3) "á aí alguns com um feitio difícil, mas nesses casos não passo cartão".(E13) "aqui de cima são todos tolos, pensam que tem o rei na barriga e a outra só se dá bem com as empregadas"(E20) "tem para aí uma coscuvilheiras que me tiram o sono, os outros não se importam comigo mas eu também não me importo com eles"(E8) "o que mais me incomoda e me faz sentir triste é nós vivermos aqui todos dentro e andarem uns a chatear os outros com intrigas e calunias, ou porque desarrumou isto ou aquilo ou porque este lugar é meu e não é teu, uns querem a televisão mais alta outros querem mais baixa, e eu que não faço mal a ninguém tenho que aturara isto"(E8) Auto exclusão: "Trato toda agente muito bem, Mas evito o contacto assíduo. Em vez de beijos aos velhinhos, dou-lhes biscoitos mas não gosto de conversa com eles"(E2) "se falarem para mim eu falo se não, não falo" "o que eu gosto mais é de estar no meu cantinho não incomodo ninguém , nem me incomodam a mim."(E12) "Eu fico lá perto da minha irmã e não perco muito tempo com os outros."(E17) "Não falo assim com muitos pois a maior parte do tempo estou no quarto por isso não tenho tido problemas" (E18) "Nunca vejo ninguém a não ser nos dias das festas, estou para aqui metida no quarto e não falo com nenhum"(E22) "Aqui não há amigos" (E3) "só os vejo nas horas de comer o resto do tempo estou no quarto. Como no refeitório tem 6 mesas e só cá estamos, aqui nos quartos, 4 comemos um em cada mesa"(E7); (E16) "meto-me na minha vida e não quero saber de mais nada, mas há aqui gente ruim ...quando começam a desconversar vou-me embora para o quarto e pronto"(E11)
--	---

Categoria – Relações sociais	
Subcategoria – Funcionários	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Colaboração / favores: "presto muitos favores aos funcionários deste lar, estou sempre pronto para ajudar, ir ao correio, pagar a agua ou a luz comprar qualquer coisa, sabe estão aqui não podem sair, mas são todos meus amigos"(E9) "gosto de conversar com elas e como gosto de	Maus tratos: "alguns que dão muito trabalho,... esses que saem pouco da cama, e elas ficam saturadas e pronto dizem coisas que eles não gostam e se fosse comigo também não gostava" ; "se me chamassem porco ou que sou como pior que um bebé era o bom e o bonito" (E1); (E17)

ajudar a arrumar a louça dou-me bem com elas. (E16) Relacionamento Pacífico: “respeito para ser respeitada, não lhes dou muitas confiança, faço o meu trabalho e ajudo-as muito” (E12); (E13) “Não tenho problemas com elas não chateio muito e elas também não me incomodam”(E15) “Dou-me bem, elas não têm trabalho nenhum comigo eu trato de tudo, só lhes peço ajuda quando quero dar um banho de chuveiro no meu marido” (E18) “quando preciso deles, estão sempre às ordens” (E2) “Dou-me bem com quase todas”(E5); (E7) “Então não me havia de dar bem põem-me a comida na frente e fazem-me a cama” (E21) “...outras são mais conversadeiras e eu gosto mais dessas mas também tem muito trabalho e andam sempre a correr” (E22) “...mas também à 1 ou 2 atenciosas”(E23)	“Quando quero ir aqui ou ali despacham sempre para outra e eu fico á espera, mas não lhes quero mal.”(E14) “uma vez ouvi uma a dizer para a outra “o raio da velha nunca mais morre”, isto não cai bem”(E17) “início pensavam que estavam a lidar com animais mas eu fiz queixa ao meu filho e logo foram daqui para outro lado”(E20) Gratificações: “sabe eu gratifico sempre, o dinheiro não me faz falta” (E2) “gostam é que lhes unte as mãos” (E4) “depois dou-lhes alguma coisa para a despesa nunca se recusam a fazer as coisas” (E16) Desrespeito / indiferença “fazem queixa à Directora são umas queixinhas mas têm azar porque a Directora é boa pessoa e já sabe que quando tenho razão não me calo”(E19) “muitas entram aqui fazem o que têm a fazer e nem abrem a boca”(E22); (E23) Subserviência: “Com esses temos que nos dar bem, nós precisamos deles se não for agora pode ser que ainda algum dia a gente fique para aí numa cama e sabe como é, temos que ter quem nos ajude”(E11); (E17); (E20) “elas andam na vida delas e eu na minha, não há grandes conversas, faço o que elas mandam e não temos problemas”(E8) “Se lhes der troco é o fim do mundo e por isso é preciso saber viver”(E21) Desrespeito pelo ritmo de vida do idoso: “Elas só tem o defeito de querer sempre tudo muito depressa e a gente já lá não vai com pressas”(E13); (E14) (E20) “não gosto do estilo delas, mete-me nojo, e vou embora por causa delas” ; “pensam que temos a vida e a genica delas”(E4); “algumas que são umas cabras, querem que ande depressa” ; já lhes tenho dito que não preciso de ajuda para se irem embora que do meu vagar trato de mim” ; “Deviam ter quem as vigiasse sabe” (E5); (E6); “À pessoas que não sabem conversar, não sabem esperar mas aqui já se sabe temos que aguentar” (E9)
--	--

Categoria – Ocupação e actividade	
Subcategoria – Como ocupa o tempo	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Trabalhar na oficina: “vou até á oficina e aos passeios que eles organizam”(E9) “Sou o homem que faz tudo em trabalhos manuais aqui no lar, já ganhei ... prémios aí nos concursos”(E21) Actividade cognitiva: “Leio algumas partes de livros porque já me cansa a vista ler muito.” (E13) “leio e limpo o meu quarto, gosto de tudo	Actividades repetitivas: “Tenho ... dificuldade em arranjar que fazer” ;” Aqui é sempre a mesma coisa, ouvir o relato e o noticiário à noite, o resto do tempo é andar por aí a olhar “(E1); (E4); (E9) “Comer e beber, vou ao café, mas tem que ser rápido para não darem muito pela minha falta”(E3) “Aqui os dias são todos iguais, passo a maior parte do tempo no sofá “(E4)

<i>limpo” ; “No fim do almoço arrumo a roupa, gosto de estar entretida” (E16)</i> <i>“Passo tempos infinitos a ver o meu guarda roupa”; escrevo umas cartas ao director disto só para dizer mal e reclamar das coisa que me chegam aos ouvidos”(E2)</i> Cuidar os outros: <i>“Cuido da minha irmã que precisa de mim” (E17)</i> <i>“É quase todo o tempo a olhar pelo meu marido, de manhã arranjo-o ... depois vou com ele ... á fisioterapia, depois vimos almoçamos e de tarde faço-lhe alguma ginástica” (E18)</i> <i>“Passeio um bocadinho no terraço com a Amélia” (E15)</i> Ajudar nas actividades do lar: <i>“dobrar paninhos e de vez em quando cozer algumas coisas que é preciso”(E8)</i> <i>“Ajudo nas festas e ando sempre por aí a ver se há alguma coisa, não me dou parada a olhar para o balão” (E10)</i> <i>“Faço de tudo mas principalmente ajudar no bar, no café sabe, lá vejo muita gente da rua que vem tomar café sempre se conversa um bocado com uns e outros” (E12)</i>	Desmotivação para trabalho na oficina: <i>“Já tentei ir á oficina fazer umas coisa de renda mas ficou tudo mal não voltei lá” (E14)</i> <i>“vou até à oficina, não está lá quase ninguém e depois para pintar bonequinhos e fazer renda não estou para isso, se fosse alguma coisa que tivesse utilidade”(E4); (E5); (E7)</i> <i>“fui deixando de fazer as coisas, porque elas estavam sempre a mandar vir, ou porque não era assim ou por demorava então não estava para me chatear” (E11)</i> Falta de ocupação: <i>“não saio daqui do meu quarto talvez há mais de dois anos”(E2)</i> <i>“estou aborrecida, porque o tempo não passa” (E2)</i> <i>“não à assim grande coisa para fazer, é um aborrecimento” (E8)</i> <i>“Passo os dias inteiros na cama” (E23)</i> <i>“Vejo televisão, ao menos olho para ela, e estou ali sentada” (E20)</i> <i>“Não faço nada, converso mas pouco”(E14)</i> <i>“sentada na sala de convívio e vejo algum bocado de televisão”(E15); (E19)</i> <i>“Não costumo fazer nada, ...estou sempre na sala”(E5)</i> <i>“todo o dia sentada na sala, do mesmo sitio, vejo televisão, durmo, vejo as pessoas a passar no corredor, mais nada”(E6)</i> <i>“como e bebo e descanso”(E7); (E22)</i> <i>“maior parte do tempo ou estou na cama ou passeio no corredor”(E8)</i> <i>“ando aí a passear no corredor de um lado para o outro para não parar de vez” (E11)</i> <i>“estou por aí de canto para canto” (E13)</i> <i>“alguma coisa para fazer nada me custa mais do que ver trabalhar e eu quieto” (E5); “faz falta alguma coisa para matar o tempo”(E3)</i>
Categoria – Ocupação e actividade	
Subcategoria – O que se sente capaz de fazer	
Indicadores:	
Positivos	Negativos
Participação nas actividades do lar: <i>“gostava e ainda era capaz de lavar as minhas roupas e arranja-las não era preciso irem lavar junto com a roupa dos outros”(E11)</i> <i>“Podia ... descascar umas batatas coser uma meias coisas assim que pudesse fazer sentada”(E14)</i> <i>“gostava de poder ir às compras, quando estava em casa não tinha dia que não fosse às compras”(E16)</i> <i>“Já me ofereci para tratar o jardim e ajudar na vinha”(E1); (E5)</i>	Falta de oportunidades: <i>“dizem que me posso aleijar e depois há problemas”(E1); (E5); (E11)</i> <i>“Gostava de trabalhar na arte de carpinteiro, ... Se lá na oficina tivesse serviço eu até trabalhava.”(E4)</i> Falta de interesse: <i>“nesta idade já é mais para descansar, não é assim, os novos é que têm de trabalhar, nós só estorvamos.” (E6)</i> <i>“já trabalhei o que tinha a trabalhar, agora</i>

Outras actividades: <i>"Gosto de pintar, tenho até alguns quadros pintados por mim"(E2)</i> <i>"Gostava de ir passear mais, mas era sozinho, mas aqui tem que se ir sempre com companhia pensam que somos crianças"(E21)</i>	<i>gosto é de ver"(E3); (E13); (E15); (E20)</i> <i>"a saúde já não é a mesma agora que trabalhem os outros"(E8) ; (E7); (E5); (E10); (E13); (E15); (E19); (E20); (E22)</i> <i>"não tenho paciência para mais nada"(E18)</i> Promoção de dependência: <i>"gostava de arrumar o quarto, podia passar a ferro fazer a cama, assim coisas leves, tenho o dia todo, mas elas tem que fazer tudo depressa" (E6); (E13)</i> <i>"podia ...fazer uns recados. Mas se não me pedem também não me ofereço, não estou para ouvir como alguns que "ninguém lhe pediu nada"(E9)</i>
--	--

Anexo II – Expressões mais significativas das entrevistas sobre a percepção dos idosos em relação aos cuidados de enfermagem.

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Cuidados de Manutenção da vida	Cuidados Físicos	Promoção do auto-cuidado: <i>“deixavam-me fazer as coisas como eu queria” (E2.1)</i> <i>“de manhã diziam para eu fazer as coisas do meu vagar que tínhamos tempo” (E2.4)</i> <i>“queriam que eu fizesse muitas coisas e já não tenho paciência para algumas, lavar sozinha levo uma infinidade de tempo com as empregadas sozinhas era mais depressa” (E2.9)</i> <i>“...às vezes queriam que fizesse coisas que já não estou habituada, as empregadas sempre as fizeram por mim... sabe como é a gente desabitua-se de certas coisas” (E2.13)</i> Ajudar: <i>“sempre me ajudaram, mas sem pressas” (E2.1)</i> <i>“mas sempre davam uma ajuda” (E2.4)</i> <i>“podia ir dar a minha voltinha e ir ao terço descansada era só dizer que precisava de sair” (E2.6)</i> <i>“...sempre muito atentos ao que nós precisávamos.” (E2.15)</i> Promover Actividade Física: <i>“Se não fossem eles nunca tinha ido lá a baixo ao salão e ao jardim passear” (E2.1)</i> <i>“queriam que fizesse-mos muitas coisa e a gente agora quer é descansar um bocado” (E2.4)</i> <i>“Só não gostei que me chateassem para ir aos passeios porque eu não gosto de passear” (E2.10)</i> <i>“nunca se esqueciam que eu gostava de ir ao terço vinha sempre uma empregado buscar-me e eram eles que mandavam” (E2.12)</i> <i>“...passearam comigo” (E2.14)</i>

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Cuidados de Manutenção da vida	Cuidados de Suporte Psicológico	Promover ocupação dos tempos livres: <i>"organizaram muitas actividades que nos fizeram sair do salão para o jardim"; "os teatros foi o que gostei mais." (E2.2); "põem-nos a fazer coisas engraçadas"; "O teatro, aquilo foi uma beleza, todos participamos foi um fartote de riso, são coisas diferentes tem outro interesse" (E2.3); "gostei mais foi dos bailaricos e dos teatros" (E2.5)</i> <i>"levaram-me a sítios onde nunca tinha ido, ao bar à sala de convívio e à oficina" (E2.7); "actividades que a gente gosta, assim coisas para desenvolver a memória, pena é que alguns casmurros nunca querem fazer nada" (E2.8); "sabem fazer coisas diferentes, este pessoal aqui faz sempre o mesmo" (E2.8); "faziam muitas actividades e as pessoas gostavam, sabe como se responsabilizavam por tomar conta deles deixavam-nos andar à vontade" (E2.11); "Gostei muito dos jogos e das actividades que eles organizaram, era raro haver alguém na sala de convívio, estava sempre tudo a mexer". (E2.17); "até me conseguiram arrancar aqui do quarto para participar num teatro veja lá." (E2.18)</i> Promover convivência social: <i>"até conheci alguns que em 5 anos que aqui estou nunca tinha visto, também já não saía do quarto há 2 anos" (E2.7)</i> Alegria: <i>"os enfermeiros trazem mais alegria à instituição" (E2.3)</i> <i>"A rapaziada trás muita alegria e juventude aos velhotes" (E2.5); "isto aqui com eles foi uma animação" (E2.10)</i> Promover autonomia: <i>"... nunca obrigavam só fazia quem queria" (E2.2); "gostei foi eles perguntarem sempre o que nos apetecia fazer e mesmo os passeios perguntaram onde queríamos ir, deve ter sido a primeira vez que isso aconteceu" (E2.8); "..." respeitavam as vontades dos velhotes e eles cumpriam com as orientações" (E2.11); "não me prendem ao sofá" (E2.14); "...muito respeitadores da nossa vontade" (E2.15); "Nunca discutiram comigo sobre as coisas que me apetecia fazer não são como essa daí que estão sempre a implicar." (E2.18)</i> Comunicar: <i>"gostava de falar com eles, é pena ser pouco tempo" (E2.3)</i> <i>"tive oportunidade ... de conversar com eles, são muito atenciosos" (E2.11)</i> Escutar: <i>"Olhe são muito atenciosos, sabiam ouvir que é coisa rara aqui" (E2.1); "com eles falava coisas que não costumo falar com ninguém, eram muito atenciosos" (E2.2); "Tiveram muita paciência para me ouvir porque eu falo muito" (E2.13)</i> Envolver família: <i>"Uma vez disse que à muito tempo que não via os meus netos, não sei lá o que fizeram que o meu filho agora vem cá com eles quase todas as semanas" (E2.12)</i> Afectividade: <i>"faziam tudo com muito cuidado e com muito carinho" (E2.2)</i> <i>"os enfermeiros foram bons comigo" (E2.12); "Eram muito carinhosos" (E2.12); "Eles é que eram meus amigos" (E2.14); "...fizeram-me muita companhia" (E2.18)</i> Confiança: <i>"Podíamos confiar neles porque sabíamos que não iam logo dizer tudo à directora, podíamos desafogar as nossas mágoas desta vida sem rumo." (E2.15); "Eles são nossos amigos, tratam-nos bem" (E2.16)</i>

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Cuidados de Manutenção da vida	Promoção da saúde	Educar os idosos: <i>"ensinaram-me muitas coisas com as quais tenho que ter cuidado"</i> (E2.3) <i>"Com esta idade até aprendi umas coisas, a lavar os dentes..."</i> (E2.16) Controlo estado saúde: <i>"Também nos viam as tensões e sempre explicavam o que devíamos fazer para elas não subir"</i> (E2.5) <i>"Vinham todos os dias ver como é que eu estava dos diabetes"</i> (E2.13) <i>"Uma vez até me arranjam uma consulta para o médico"</i> (E2.13) <i>"veja bem e até me arranjam uma consulta para o dentista."</i> (E2.16)

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Cuidados de Reparação	Intervenções terapêuticas	Administrar medicação: <i>"... à e os remédios sempre às horas."</i> (E2.1) <i>"confiava neles porque não deixavam as pastilhas na mesa, eles davam-mas e esperavam que eu as tomasse é muito melhor assim"</i> (E2.4) <i>"Com eles tinha sempre que tomar os comprimidos não os podia deitar debaixo da mesa"</i> (E2.5) <i>"Traziam os medicamentos sempre muito bem arranjados, dentro de um copinho com o meu nome, nunca os deixaram em cima da mesa"</i> (E2.18) Executar técnicas: <i>"o cuidado que tinham com os velhotes das enfermarias era mesmo digno de ser visto"</i> (E2.2) <i>"faziam os curativos com uma perfeição até melhorou um bocado das feridas"</i> (E2.6) <i>"E depois sempre a vira-la para um lado e para o outro mas tudo bem feito"</i> (E2.6)

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Formação de outros profissionais	Ensinar funcionárias do lar	Instruir funcionários: <i>"até os vi a ensinar as empregadas."</i> (E2.2) <i>"Quando as empregadas iam lá fazer qualquer coisa eles ensinavam como se fazia melhor, e elas bem que precisam de aprender"</i> (E2.7) <i>"Ensinavam as empregadas a tratar dos acamados e via-se que percebiam das coisas que era preciso fazer"</i> (E2.11)