NUNO MIGUEL MARQUES PATRÍCIO

A INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES FAMILIARES NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS NA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MACHICO

Orientadora : Professora Doutora Maria Irene Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2018

NUNO MIGUEL MARQUES PATRÍCIO

A INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES FAMILIARES NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS NA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MACHICO

Dissertação, defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social conferido pelo Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia com o Despacho Reitoral nº 103/2018 homolgado a 22 de Março de 2018 com a seguinte composição de Júri:

Presidente: Prof. Doutor Carlos Diogo Moreira

Arguente: Profª. Doutora Hélia Bracons Carneiro

Orientadora : Profª. Doutora Maria Irene Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2018

“O que sabemos é uma gota, o que ignoramos é um oceano”

Isaac Newton

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

pelo exemplo de vida e por terem feito de mim tudo aquilo que sou.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado contou com o imprescindível apoio e incentivo de várias pessoas sem as quais não teria sido possível a sua concretização. A todos eles, por esse motivo, ficarei eternamente grato.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Maria Irene Carvalho, minha orientadora, pela dedicação, incentivo e sapiência empregue na elaboração desta tese.

À Santa Casa da Misericórdia de Machico pela autorização concedida para a realização deste trabalho.

A todas as pessoas idosas do Lar Agostinho Cupertino da Câmara, da Santa Casa da Misericórdia de Machico pela valiosa colaboração com que se prestaram na realização deste estudo.

À professora Margarida Andrade, utente do Lar Agostinho Cupertino da Câmara, pela ajuda preciosa e amizade com que sempre me acompanhou.

À milha família, em especial, à minha mãe e ao meu pai, embora ausente, sempre presente, e aos meus irmãos pelo estímulo constante.

À Alexandra, minha sobrinha, pelo incentivo e pela ajuda constante.

Ao José João e à Susana, meus primos, pelo acolhimento, disponibilidade incondicional e apoio prestado.

Aos meus filhos, Rodrigo e Margarida pela compreensão das minhas ausências em vários momentos das suas vidas.

À Maria do Carmo, minha esposa, minha âncora, pela presença, incentivo, pela paciência, pelo apoio e ajuda em tarefas concretas, numa verdadeira demonstração de companheirismo e trabalho de equipa que nunca permitiu que deixasse de acreditar na realização deste trabalho.

RESUMO

A institucionalização da pessoa idosa é um tema actual num contexto de profundas mudanças na sociedade e na família.

Este trabalho de investigação teve como principal objectivo **compreender como a manutenção de laços familiares após a institucionalização contribui para o processo de integração e bem-estar da pessoa idosa numa unidade residencial para pessoas idosas (URPI).** Esta questão levou-nos a analisar a rede social pessoal, da pessoa idosa institucionalizada, na sua dimensão estrutural, (tamanho e composição da rede), dimensão funcional (tipos de apoio prestado), e dimensão relacional (frequência de contactos). Não esquecendo, o papel que a instituição desenvolve na promoção do bem-estar e da integração da pessoa idosa.

O método adoptado foi o quantitativo, com aplicação de um questionário como técnica de recolha de dados. Inquirimos 28 pessoas idosas, com autonomia funcional e cognitiva, institucionalizadas na Santa Casa da Misericórdia de Machico, do Concelho de Machico, na Região Autónoma da Madeira. A este nível, foram cumpridos os deveres éticos da pesquisa no que diz respeito à autonomia e vontade das pessoas idosas participarem no estudo. Foi efectuado um documento de consentimento informado com as questões relativas ao tipo de estudo e à confidencialidade do uso dos resultados na pesquisa. Dos dados recolhidos, podemos inferir que na maioria dos inquiridos, após a sua institucionalização, se verificou uma redução do número de pessoas com as quais se relacionam de forma significativa, registando-se um estreitamento da rede marcado tanto por perdas como por uma desvinculação em relação à participação na vida social e até familiar.

Apesar de se verificar, uma diminuição da frequência dos contactos dentro da rede com a pessoa idosa, a família foi identificada como principal referência no suporte social à pessoa idosa, com influência directa no seu bem-estar e integração social.

Palavras-chave: Envelhecimento, Institucionalização, Redes Sociais

ABSTRACT

The Institutionalization of the Elderly people subject is a current growing phenomenon, in a context of profound changes in society and family environment.

The main purpose of this research paper is **to understand how the maintenance of family ties after the institutionalization contributes to the integration process and well being of an elderly person in a residential unit (RUEP/URPI).** This question led us to analyze the elderlies' personal social network, structural dimension (size and composition of the network), functional dimension (types of support provided), and relational dimension (contact frequency). Not forgetting the institutions' role in promoting the well-being and integration of the elderly.

The quantitative method was adopted, through the application of a questionnaire, as a data collection technique. We surveyed 28 elderly people with functional and cognitive autonomy, institutionalized in Santa Casa da Misericordia in Machico's town, Madeira Autonomous Region. At this level, the ethical duties of the research regarding the autonomy and willingness of the elderly people to participate in the study were fulfilled.

An informative document on consent was made with questions concerning the type of study and the confidentiality of the results obtained in the research.

From the data obtained, most of the respondents, after their institutionalization, verified a significant reduction in the number of people with whom they interact, registering a narrowing of the network marked by both losses and a disconnection from the participation in social and even family life.

Despite of the decreasing contacts frequency within the elderly people´s network, the family is identified as the main reference in social support for the elderly, with a direct influence on their well-being and social integration.

Keywords: Ageing, Institutionalization, Social Networks

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIVD-Actividades Instrumentais da Vida Diária

AVD-Actividades da Vida Diária

CEE- Comunidade Económica Europeia

CPS- Congresso Português de Sociologia

DRE – Direcção Regional de Estatística

ERPI-Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPRAM- Instituto da Segurança Social da Região Autónoma da Madeira

IPSS -Instituição Particular de Solidariedade Social

LSNS-Redes Sociais de Lubben

MDA - *Mini Dependance Assessement*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCHI- Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

PNS- Plano Nacional de Saúde

PILAR- Programa Idoso em Lar

PROGRIDE- Programa para a Inclusão e Desenvolvimento

RAM- Região Autónoma da Madeira

RNCII- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSES – Rede Social de Equipamentos Sociais

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SRAS- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

SCMM- Santa Casa da Misericórdia de Machico

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UAI -Unidade de Apoio Integrado

URPI- Unidade Residencial para Pessoas Idosas

ÍNDICE GERAL

Introdução……..……..15

CAPÍTULO I – Envelhecimento……..……....….....19

1.1 Envelhecimento…….……..……..19

1.2 Envelhecimento Demográfico…….…….....19

1.3 Envelhecimento Humano…….…….24

1.4 Envelhecimento Biológico……....28

1.5 Envelhecimento Psicológico……...…….……..…31

1.6 Envelhecimento Social…….……33

CAPÍTULO II- Envelhecimento e Redes Sociais……...…….……36

2.1 As Redes Sociais Pessoais…….....…….……..36

2.2 Redes Formais e Informais……...…….…….38

2.2.1 Relação entre redes de suporte informal e formal.
Que complementariedade?..... 40

2.3 Funções da Rede Social……...…41

2.4 Alterações na composição e estrutura das redes de apoio……..42

2.5 Contracção da Rede Social Informal…… ……..…..….42

CAPÍTULO III – As Famílias e os Cuidadores privilegiados da Pessoa Idosa…….46

3.1 Família e cuidados …….…..…46

3.2 Estatuto Social e Familiar da Pessoa Idosa…….48

3.3 Mudanças ocorridas na Estrutura Familiar……..49

CAPÍTULO IV – Institucionalização das Pessoas Idosas e Respostas Sociais……..56

4.1 Institucionalização……..…56

4.1.1- O Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa……...…….58

4.2 Políticas Sociais de Velhice em Portugal……60

4.3 Principais Respostas Sociais…….……...63

4.3.1 Evolução das Respostas Sociais dirigidas à população idosa em Portugal (Continente português)……..……64

4.3.2 Respostas Sociais na Região Autónoma da Madeira……..……...…65

CAPÍTULO V – Metodologia……...……...……..72

5.1 Metodologia …….……..…….....72

5.2 Objectivos e conceptualização do projecto de investigação ……..…….……..……...72

5.3 Local de estudo: Santa Casa da Misericórdia de Machico……...….73

5.4 População alvo / amostra……...…..…….75

5.5 Instrumentos de colheita de dados……...…….……76

5.6 Tratamento e análise de informação…….....77

5.7 Questões de ética na pesquisa…….…….……....77

CAPÍTULO VI – Apresentação e Discussão dos dados…….……...79

6.1 Perfil dos participantes do estudo ……...……...……..79

6.2 Rendimento e gestão do património……..……...81

6.3 Percurso na institucionalização…….……...83

6.4 Grau de dependência e saúde……..……85

6.5 Participação nas actividades da instituição e ocupação dos tempos livres……..……..87

6.6 Protecção, segurança e saúde…….……..88

6.7 Capacidade das URPI integrar os residentes…….…..…….90

6.8 Rede Social Pessoal – família e amigos……..……..91

6.9 Discussão e síntese dos resultados…….106

Conclusão …….…….111

Bibliografia……...……...……114

Anexos……...…….I

Anexo I - Questionário……II

Anexo II -Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP)……..…….……XXIII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Indicadores e taxas por Município na RAM. ……..……22

Quadro 2- Indicadores e taxas na RAM (2006-201…….……23

Quadro 3 - Alterações bio fisiológicas do envelhecimento…….…….30

Quadro 4 - Factores sociais e de suporte social às pessoas idosas……....39

Quadro 5 - Serviços e equipamentos sociais, dirigidos à população idosa, no âmbito da Segurança Social na RAM…….……..…….…66

Quadro 6 - Respostas Sociais na RAM, por tipo de gestão……..67

Quadro 7 - Número de pessoas idosas institucionalizadas na RAM (2001-2016) ……...70

Quadro 8 - Número de pessoas idosas institucionalizadas na RAM, no ano de 2016, por grupos etários…….....……...70

Quadro 9 - Grupo etário das pessoas idosas…….....79

Quadro 10 - Estado civil das pessoas idosas. ……...80

Quadro 11 - Profissão anterior das pessoas idosas……...80

Quadro 12 - Rendimento mensal das pessoas idosas……....81

Quadro 13 - Fonte de pagamento das mensalidades das pessoas idosas……..81

Quadro 14 - Motivo de reforma das pessoas idosas……..…82

Quadro 15 - Motivo da institucionalização das pessoas idosas……....84

Quadro 16 - Situação residencial das pessoas idosas antes da institucionalização……..….85

Quadro 17 - Ocupação da maior parte do tempo das pessoas idosas na instituição……..…87

Quadro 18 - Avaliação do que mais agrada no lar……....88

Quadro 19 - Avaliação do que mais desagrada no lar……..… 89

Quadro 20 - Avaliação da satisfação com a organização e funcionamento da Instituição…….……..…89

Quadro 21 - Apoio emocional, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo……..…96

Quadro 22 - Apoio instrumental/financeiro, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo……...98

Quadro 23 - Apoio informativo, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo…….…….……99

Quadro 24 - Companhia social, percecionada pelas pessoas idosas, por vínculo…..……100

Quadro 25 - Acesso a novos contactos, percecionado pelas pessoas idosas, por Vínculo ……...…….…….....…….…….101

Quadro 26 - Caracterização da rede social pessoal da pessoa idosa ……..…….....… 101

Quadro 27 - Rede social pessoal da pessoa idosa, segundo o vínculo, por contacto presencial…….……...….102

Quadro 28 - Rede social pessoal da pessoa idosa, segundo o vínculo, por contacto telefónico…….104

Quadro 29 - Alteração, percecionada, à composição da rede social pessoal da pessoa idosa, após a institucionalização…….…….....105

Gráfico 1 - Pirâmide etária da RAM, 2015-2016…….……21

Gráfico 2 - Pessoas residentes em lar, segundo o género e o grupo etário, na RAM (31-12-2013) …….…….…….….69

Gráfico 3 - Lares de pessoas idosas geridos por instituições particulares, segundo a fontes de financiamento na RAM. …….……..……. ……..71

Gráfico 4 - Habilitações literárias das pessoas idosas ……..…79

Gráfico 5 - Gestão do património das pessoas idosas. ……..……...82

Gráfico 6 - Período de Institucionalização das pessoas idosas. …….…….…… 83

Gráfico 7 - Grau de dependência - escala MDA ……...……..….85

Gráfico 8 – Grau de satisfação da pessoa idosa com a sua saúde. …….……..…86

Gráfico 9 - Frequência da pessoa idosa nas actividades da instituição….……87

Gráfico 10 - Se fosse hoje optaria por vir para o lar ……...……..…90

Gráfico 11 - Como avalia a sua qualidade de vida……...…91

Gráfico 12 - Membro da família que considera mais importante…….……92

Gráfico 13- Relacionamento com a família antes da institucionalização ……....92

Gráfico 14 - Relacionamento com a família após da institucionalização……..…92

Gráfico 15 - Relacionamento com amigos e vizinhos antes da institucionalização……..…93

Gráfico 16 - Relacionamento com amigos e vizinhos após a institucionalização……....93

Gráfico 17 - Frequência com que a pessoa idosa se ausenta da instituição na companhia dos seus familiares…….……..…….93

Gráfico 18 - Grau de importância atribuído á participação dos familiares nas festividades assinaladas na instituição…….…….94

Gráfico 19 - Rede social pessoal das pessoas idosas……....95

Gráfico 20 - Rede social pessoal, por vínculo……..96

Gráfico 21 - Grau de satisfação com o relacionamento, por vínculo……..…106

Figura 1 - Número de equipamentos- lares para pessoas idosas na RAM……...…… 68

Introdução

A temática deste projecto de investigação irá incindir sobre a influência das relações familiares no processo de institucionalização das pessoas idosas na URPI na Santa Casa da Misericórdia de Machico, Madeira.

Sabemos que a família desempenha um papel fundamental em todo o percurso de vida dos indivíduos. A análise da importância do ambiente familiar e das relações que nele se estabelecem durante a infância, juventude, e na velhice fazem parte das Ciências Sociais e Humanas e da intervenção dos profissionais que trabalham directamente com pessoas idosas institucionalizadas.

A escolha deste tema, "institucionalização", justifica-se porque a velhice é um tema muito importante ao ser humano. A solidão das pessoas idosas que se encontram desvinculadas do seu meio familiar e social, por um lado, e, perante a necessidade de adaptação a um novo meio, por outro, são questões centrais quando pensamos nas pessoas idosas institucionalizadas.

O interesse pessoal por esta temática da institucionalização e a sua relação com a família surge no âmbito profissional, pois exerço funções de diretor técnico do Lar Agostinho Cupertino da Câmara na Santa Casa da Misericórdia de Machico (SCMM), desde o ano de 2003. Uma instituição que na valência de Lar acolhe cerca de 77 utentes. Todos eles com histórias e vivências familiares diferentes e para os quais procuramos diariamente contribuir, com o nosso saber pessoal e especializado, para um processo de envelhecimento activo com a participação directa da família.

Neste âmbito pretendemos compreender como a manutenção de laços familiares após a institucionalização contribui para o processo de integração e bem-estar da pessoa idosa numa unidade residencial.

Para responder a esta pergunta, partimos do princípio que nas situações em que a família acompanha o processo de institucionalização do seu familiar, mantém contactos regulares, e assume um papel activo e participativo na instituição, facilita o processo de integração da pessoa idosa na instituição e contribui para o seu bem-estar.

O tema da institucionalização da pessoa idosa, fenómeno crescente nos tempos atuais, num contexto de profundas mudanças na sociedade e na família, e a sua relação com a família após o internamento de longa duração representa um grande desafio para a sociedade actual.

A literatura e a vivência quotidiana referem que o apoio da família e a manutenção dos laços familiares, aquando e durante a institucionalização, influem sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, contribuem para sua estabilidade emocional e para a sua integração plena na instituição. Contudo, o comportamento das famílias, aquando da institucionalização das pessoas idosas, nem sempre é uniforme e, em alguns casos, apresenta comportamentos de pleno abandono e rejeição social.

Assistimos, actualmente a modificações na estrutura económica, social, e familiar que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas, o que implica a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações (Guedes, 2012).

É um facto que tradicionalmente, eram as famílias que assumiam, entre várias, as funções de segurança e protecção aos seus membros, sendo que os cuidados às pessoas mais dependentes eram por isso garantidos pela família tradicional. Às mulheres, detentoras do papel expressivo, interno, por oposição ao dos homens que desenvolviam um papel formal externo, instrumental, competia a prestação da maioria dos cuidados.

A família, de hoje, sofreu muitas alterações, as quais se reflectem directamente nas suas funções e no seu papel enquanto cuidadores das pessoas idosas. Não deixando de admitir que a família em Portugal ainda é o grande suporte das pessoas idosas, importa reconhecer que muitas das responsabilidades que outrora se situavam no domínio familiar passam a pertencer ao Estado, exigindo-se que este crie medidas e equipamentos de resposta aos vários problemas e necessidades.

Por outro lado, o espaço das pessoas idosas no seio familiar é cada vez menor fruto das transformações na estrutura e funções da família. Nas sociedades ocidentais as pessoas idosas têm perdido influência de forma progressiva. Ele deixa de ser responsável pela manutenção da família, de elemento integrador, no qual é considerado e respeitado e do qual depende a sobrevivência da mesma (Bosi, 1994).

Estas alterações promovem a saída da pessoa idosa do contexto familiar para instituições, tais como Lares, Centros de Dia, Centros de Convívio, e outras respostas dirigidas a esta população.

Como consequência do envelhecimento populacional, o número de pessoas idosas dependentes tem vindo a aumentar. A estrutura familiar alterou-se e deixou de assegurar algumas das suas funções protectoras.

Cientes da sua importância, é urgente que as sociedades em geral e as instituições para as pessoas idosas em particular, assumam uma postura de responsabilidade na institucionalização das pessoas idosas, promovendo um envelhecimento bem-sucedido.

Para responder à pergunta de partida definimos como objectivos deste trabalho de investigação: Caracterizar a rede social pessoal da pessoa idosa institucionalizada; Identificar o tipo de apoio prestado, pelos diferentes elementos da rede social pessoal, à pessoa idosa institucionalizada; Compreender de que forma a rede pessoal social contribuiu para o bem-estar e integração social da pessoa idosa institucionalizada; Conhecer a relação e o vínculo entre as pessoas idosas institucionalizadas e as pessoas com que se relacionam; Compreender de que forma a instituição se organiza, desenvolve estratégias e mobiliza recursos, no sentido de promover as condições, que favoreçam e incentivam o reforço das relações familiares; Analisar a vivência institucional quotidiana das pessoas idosas, as interacções que estes estabelecem entre si, com os seus familiares e com a própria instituição; Identificar o tipo de contacto, a frequência e o grau de satisfação das relações que são estabelecidas com as pessoas idosas institucionalizadas; Compreender se a institucionalização da pessoa idosa contribuiu para alterações ao nível do tamanho e da composição da rede.

Com este trabalho pretendemos analisar a rede social pessoal da pessoa idosa, na sua dimensão estrutural, (tamanho e composição da rede), dimensão funcional (tipos de apoio prestado), e dimensão relacional (frequência de contactos). Não esquecendo, o papel que a instituição desenvolve na promoção do bem-estar e da integração da pessoa idosa.

A investigação será desenvolvida a partir de uma revisão da literatura, numa primeira parte, e, numa segunda fase, irá se centrar nos resultados obtidos através do tratamento da informação recolhida no terreno, nomeadamente através da aplicação de um inquérito às pessoas idosas institucionalizadas. O método de investigação eleito é o método quantitativo.

O trabalho está organizado em duas partes essenciais, sendo que uma é composta pelo corpo teórico e a outra diz respeito às questões metodológicos e as principais conclusões deste trabalho, totalizando seis capítulos.

O primeiro capítulo aborda a questão do envelhecimento nas suas múltiplas dimensões.

O segundo capítulo foca-se no envelhecimento e redes sociais, onde são abordadas as funções da rede social, contracção da rede social informal.

O terceiro capítulo irá incidir sobre o tema da família, e os cuidadores privilegiados da pessoa idosa, com especial destaque para a alteração do papel da família.

O quarto capítulo debruça-se sobre a institucionalização e respostas sociais.

O quinto capítulo, faz um breve enquadramento metodológico, e apresenta as principais técnicas utilizadas.

O sexto capítulo apresenta os principais resultados deste trabalho de investigação.

A partir deste trabalho científico, esperamos, contribuir para um melhor conhecimento desta realidade de forma a que as instituições reforcem o relacionamento das suas pessoas idosas com as famílias com vista a promoção do bem-estar e integração social das pessoas idosas institucionalizadas.

CAPÍTULO I – Envelhecimento

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno mundial, "as pessoas vivem até muito mais tarde do que viviam há um século atrás, como resultado dos avanços na nutrição, na higiene e nos cuidados de saúde", (Giddens, 2004). Sabemos que os avanços tecnológicos e científicos, do século XX, acrescentaram cerca de 30 anos à esperança de vida, no mundo ocidental. Este aumento da esperança de vida, acompanhado pela redução da natalidade, conduziu a um aumento exponencial da população idosa no mundo.

Do ponto de vista individual, humano, o envelhecimento é um fenómeno que está presente na vida. Envelhecer é inevitável. O envelhecimento não é igual em todos os indivíduos. Cada um tem o seu próprio envelhecimento. Nem todos os órgãos e funções envelhecem ao mesmo tempo, nem da mesma maneira.

O envelhecimento é um processo complexo, abrangente e dinâmico, que, ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte (Lima, 2010, p. 15), contemplando factores fisiológicos, psicológicos e sociais.

Envelhecer faz parte da etapa do ciclo de vida do ser humano, que é o resultado de um processo na vida, sendo este diferenciado, em função das circunstâncias do percurso de vida a que cada indivíduo está sujeito.

O processo de envelhecimento é gradual e começa no momento da concepção evoluindo de forma continua ao longo da vida. Por cada dia que passa ficamos mais velhos, envelhecemos. O envelhecimento é um fenómeno transversal, dinâmico, e irreversível que afecta todos os seres vivos.

1.2 Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico define-se "a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade activa, ou de ambas" (Carrilho, 2007, p. 27).

É a partir da segunda metade do século XX que o fenómeno do envelhecimento demográfico surge nas sociedades desenvolvidas. Trata-se, pois, *"*(…) de uma simples constatação

quantitativa: a percentagem de pessoas nas idades mais avançadas está a aumentar*"* (Nazareth, 2009, p. 118).

Contudo, o envelhecimento demográfico não se define unicamente pelo aumento de pessoas destas idades.

O envelhecimento demográfico "assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos" (Carrilho, 2007, p. 24)

Portugal começou a transformação demográfica na década de 60 com a emigração, mas foi nas décadas de 90/2000 que as pessoas mais idosas superaram o número de jovens na estrutura da população, o que faz com que o nosso país seja, um dos países mais envelhecidos do mundo.

Segundo o relatório das Nações Unidas, publicado em 2015, sobre Projecções demográficas no Mundo, Portugal, consta dos seis países que está a envelhecer mais depressa. A estimativa aponta para que em 2050, cerca de 40% da população tenha mais de 60 anos.

De acordo com as últimas projecções do INE, publicada a 29 de março de 2017, entre 2017 a 2080, o número de pessoas idosas passará de 2.1 para 2.8 milhões. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará passando de 147 para 317 pessoas idosas, por cada 100 jovens em 2080.

A se confirmar esta tendência de crescimento, o envelhecimento da população portuguesa só vai estabilizar apenas em 2049 (INE, 2017). No nosso país, o envelhecimento nas diferentes Regiões, apresenta comportamentos diferentes, nomeadamente nas Regiões Autónomas, que de acordo com o INE (Projecções de população residente 2015-2080 publicado pelo INE) são consideradas, actualmente como sendo as menos envelhecidas.

Na Região Autónoma da Madeira, o índice de envelhecimento, no ano de 2015, era de 105 pessoas idosas para cada 100 aumentando para 307 pessoas idosas para cada 100 jovens, em 2080, isto é, o índice de envelhecimento na RAM quase que triplica (INE, 2017)

Os dados disponibilizados pela Direcção Regional de Estatística da RAM, através da publicação *Estatísticas Demográficas da RAM*, em setembro de 2017 reflectem um decréscimo populacional iniciado em 2011, isto é, a população residente na Região Autónoma da Madeira

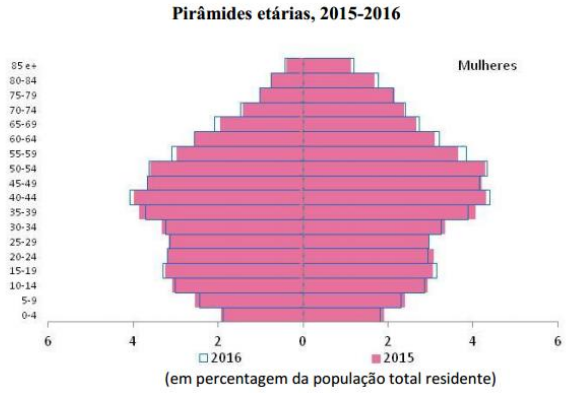
(RAM) em 2016 foi estimada em 254 876 pessoas, das quais 118 860 homens e 136 016 mulheres, traduzindo uma taxa de crescimento efectivo de -0,6% (-0,9% em 2015).

A diminuição da população residente resulta do declínio continuado do crescimento natural, a registar valores negativos desde 2009, com agravamento a partir de 2012, e da desaceleração do crescimento migratório, que atingiu valores negativos a partir de 2011.

Para a variação populacional observada em 2016 contribuíram os valores negativos da taxa de crescimento natural de -2,9‰ e da taxa de crescimento migratório de -3,1‰

A proporção de jovens (população com menos de 15 anos) continuou a diminuir em 2016, representando 14,3% da população total (14,8%, em 2015). A proporção de pessoas idosas (população com 65 ou mais anos) manteve também a tendência crescente dos últimos anos, atingindo 16,0% da população residente (15,6%, em 2015). Em consequência, o índice de envelhecimento[1] continuou a aumentar, fixando-se em 111,5 pessoas idosas por cada 100 jovens (105,3 em 2015).

Gráfico 1- Pirâmide Etária da RAM, 2015-2016



Fonte: Direcção Regional de Estatística, 2017

A pirâmide etária de 2015-2016 evidencia mais uma vez a tendência de envelhecimento demográfico, que temos vindo a verificar nesta análise: (DRE, 2017)

[1] **Índice de envelhecimento** - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas dos 0 aos 14 anos).

O estreitamento da base traduz uma redução dos efectivos populacionais jovens (diminuição da natalidade). Por sua vez, o alargamento do topo da pirâmide corresponde ao acréscimo das pessoas idosas (aumento da esperança de vida). (DRE,2017)

Quanto à população em idade activa, verifica-se um reforço da proporção dos indivíduos com idade entre os 35-64 anos, mas uma diminuição do grupo etário dos 15-34 anos. (DRE, 2017).

Se analisarmos os dados disponibilizados pela publicação da DRE, (Estatísticas Demográficas da RAM, 2016) em relação ao índice de envelhecimento por concelho, na RAM, podemos afirmar que os valores mais elevados se registaram em São Vicente (233,0), Santana (232,4) e Porto Moniz (209,6). Por sua vez, os valores mais baixos foram observados em Santa Cruz (63,2) e Câmara de Lobos (68,6).

Importa referir que o concelho de Machico ocupa o 6º lugar da tabela de maior índice de envelhecimento com o valor de 123.6, tal como podemos observar no seguinte quadro.

Quadro1 - Indicadores e Taxas por Município na RAM

	Taxa de Fecundidade Geral	Índice de Envelhecimento
RAM	**29.2**	**111.5**
Calheta	25.3	174.6
Câmara de Lobos	34.8	68.6
Funchal	29.6	134.6
Machico	**25.6**	**123.6**
Ponta do Sol	21.4	115.6
Porto Moniz	31.3	209.6
Ribeira Brava	23.8	108.4
Santa Cruz	30.4	63.2
Santana	19.5	232.4
São Vicente	25.3	233.0
Porto Santo	31.0	89.1

Fonte: Elaboração própria - DRE, 2017

As taxas brutas de natalidade[2] e mortalidade[3] baixaram na última década, e a partir de 2009, verificamos que a taxa de mortalidade (9.9) torna-se superior à taxa de natalidade (8.9) e, consequentemente, originando taxas de crescimento natural negativas. (DRE, 2017).

[2] Taxa bruta de natalidade - Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (103) habitantes).

[3] Taxa bruta de mortalidade - Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo,

O índice de fecundidade da RAM mostra-nos que nos últimos 10 anos as taxas de fecundidade têm baixado sucessivamente. Em 2016 este indicador (1.07) foi ligeiramente superior aos valores registados nos anos 2013 (0.98) e 2014 (0.95) (DRE; 2017).

Apesar de uma ligeira melhoria registada neste indicador, o valor encontra-se abaixo dos 2.1 filhos por mulher, valor mínimo considerado para assegurar a substituição de gerações nos países desenvolvidos. (INE: Definição de conceitos).

Importa realçar que a taxa de fecundidade registada no ano de 2016 na RAM (1.07), é ligeiramente inferior à média nacional (1.36) e inferior à registada na Região Autónoma dos Açores (1.27) (INE, publicado 31 de Maio 2017)

Quadro 2 - Indicadores e Taxas na RAM (2006-2016)

Indicadores	**Anos**										
	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Taxa bruta de natalidade	11.3	10.4	10.2	8.9	9.5	9.0	7.8	7.0	6.7	7.6	7.3
Taxa bruta de mortalidade	10.0	9.8	9.8	9.9	9.9	9.3	9.8	9.3	10.5	10.1	10.2
Taxa de fecundidade geral	42.2	39.0	38.5	33.8	36.0	34.7	30.0	27.3	26.3	30.1	29.2
Índice de envelhecimento	75.2	76.4	78.0	80.1	82.8	87.0	90.6	95.0	99.8	105.3	111.5

Fonte: Elaboração própria, DRE, 2017

O Instituto Nacional de Estatística (INE), revela que a tendência demográfica aponta que o número de pessoas idosas com mais de oitenta anos vai continuar a aumentar e, para além disso, prevê-se que "(…) Nos próximos 25 anos o número de pessoas idosas poderá mais do que duplicar o número de jovens" (INE, 2007, p. 1)Este fenómeno acarreta algumas consequências como o aparecimento de patologias e doenças mais graves que podem afectar as capacidades

normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 (103) habitantes).

mentais, psicológicas, físicas e cognitivas da pessoa idosa traduzidas, por exemplo, na perda de autonomia.

Existem outras consequências resultantes do fenómeno em análise, tais como as implicações decorrentes do desequilíbrio intergeracional que ameaça as gerações futuras.

Este desequilíbrio espelha-se também na própria organização económica, na medida em que os recursos económicos utilizados para manter os sistemas de protecção social provêm das populações mais jovens e em idade activa. A agravar esta situação temos o facto de as populações mais jovens considerarem que as pessoas idosas são um encargo para a sociedade, contribuindo, desta forma, para o choque entre gerações (INE, 2007

Não obstante a importância das consequências que acabamos de analisar, existe uma em particular que se revela uma premissa de grande importância para o trabalho que pretendemos realizar. Referimo-nos ao facto de que estas transformações estruturais associadas às mudanças de comportamento relativamente à fecundidade e à nupcialidade resultarem em estruturas familiares distintas daquelas que encontrávamos no passado, originando uma redução do número de familiares disponíveis para cuidar destas pessoas, como, por exemplo, os próprios filhos. Se outrora encontrávamos estruturas familiares em que predominava um maior número de filhos por casal, hoje em dia os casais optam por ter menos filhos (INE, 2007)

Um menor número de filhos ou familiares traduz-se num menor número de indivíduos disponíveis para prestar cuidados às pessoas idosas, sendo que a institucionalização assume, portanto, um lugar de destaque nestas situações. Face ao exposto, é urgente que as sociedades em geral e as instituições para pessoas idosas em particular assumam uma postura de responsabilidade na institucionalização das pessoas idosas, promovendo um envelhecimento com qualidade de vida.

1.3 Envelhecimento Humano

"O envelhecimento faz parte da lei universal da vida, na qual se insere o ciclo biológico do nascimento, crescimento/desenvolvimento e morte" (Santos; 2008).

O envelhecimento é diferente de velhice[4]. A velhice é assumida como algo inevitável, mas abordada com referência ao ciclo de vida, como um processo que integra fatores pessoais, económicos, comportamentais, culturais, sociais e de género, os quais determinam o modo como se envelhece (Carvalho et al., 2013, p. 3).

Com efeito "(…) o envelhecimento é caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente. Os mecanismos implicados apresentam todas as características seguintes: são progressivos, nocivos irreversíveis e, geralmente comuns a inúmeros organismos." (Robert, 1995, p. 17)

Se o envelhecimento começa no momento em que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade (Jacob, 2001).

O envelhecimento não é sinónimo de velhice. Para Fontaine (2000) a velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, enquanto o envelhecimento é um processo.

"O *envelhecimento individual* é o processo das alterações biopsicossociais, que decorrem desde o momento da conceção até à morte do indivíduo. Assim, sendo individual, não é igual para todos, o que significa que todos envelhecem de forma diferente[5] [6]consoante são afetados por diversos fatores, tais como, por exemplo, o estilo de vida, a alimentação, o grau educacional, o tipo de profissão exercida, as doenças crónicas ou a prática de desporto." (António, 2013, p. 83).

Constatamos, assim, que o envelhecimento ocorre de forma universal, porém desenvolve-se de forma muito diversa de individuo para individuo em função das particularidades de cada um ao longo da vida. É um processo bastante heterogéneo não havendo homogeneidade na população

[4] É possível enquadrar este conceito a partir de três aspetos; i) velhice enquanto uma etapa sobretudo caracterizada em termos cronológicos, situada nos 65 anos de idade, coincidindo com o inicio da reforma; ii) velhice como estando marcada por vários acontecimentos de vida, como a reforma, a viuvez, ao fim do trabalho e como tal à disponibilidade de tempo, à não produtividade, e associada a perdas emocionais, relacionais e sociais; iii) fase marcada por perdas a nível funcional, em que se chega à velhice quando se deixa de ser independente para realizar as suas atividades sem apoio de outros (Ribeiro; 2007)

[5] "O declínio das funções orgânicas, (…) leva-nos a ponderar a importância dos factores extrínsecos ao processo de envelhecimento normal, como por exemplo os cuidados com a alimentação, meio ambiente, aspectos psicossociais, etc., enfim, o estilo de vida na disparidade de efeitos sobre o envelhecimento" (Ribeirinho; 2005, p. 36).

[6] "Deste modo, os indivíduos não envelhecem todos da mesma maneira e, consequentemente não se deve considerar o grupo constituído pelas pessoas idosas como sendo homogéneo." (António, 2013, p. 83).

idosa, pelo que não existe uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o início da velhice.[7]

Definir velhice ou a idade a partir da qual esta tem início não é fácil porque, por um lado, varia de individuo para individuo e, por outro, os progressos nos vários domínios (saúde, educação, higiene, tecnologia, trabalho entre outros) vão recuando e atenuando as consequências e os efeitos que decorrem do processo de envelhecimento. Assim, e para colmatar esta dificuldade recorre-se à idade dos 65 anos para definir a entrada na velhice, por ser, na maioria dos países, a idade a partir da qual a reforma é obrigatória (António, 2013, p. 84).

"Esta velhice social encerra em si, então, dois marcos principais: a entrada na reforma (saída do mercado de trabalho) e os 65 anos, (idade cronológica)." (Ribeirinho, 2005, p. 50).

Se anteriormente a entrada para a reforma, ao se atingir os 65 anos, constituía um marco seguro, embora artificial, para definir o início da velhice, actualmente assistimos a situações de reforma, cuja natureza não se prende com a questão cronológica da idade, mas antes por questões relacionadas com o desemprego, incapacidade, reforma antecipada, o que dificulta o estabelecimento de quem é ou não idoso (Pimentel, 2001). Nesta lógica, "a velhice não pode ser definida por critérios cronológicos, mas sim pela análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada individuo, o que significa que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjectivas, em indivíduos com a mesma idade cronológica" (Ribeirinho; 2005, p. 35)

"A idade cronológica não é a única forma de mensurar o processo de envelhecimento, sendo este uma interacção de factores complexos que apresentam uma influência variável sobre o indivíduo. (…) Biologicamente, os eventos ocorrem ao longo de certo período, mas não necessariamente o tempo é a causa desses eventos" (Schneider & Irigaray, 2008).

"A idade em si apenas indica a passagem do tempo, em si mesma não produz mudanças" (Ribeirinho, 2005, p. 50). "O envelhecimento é multidimensional e dinâmico, e é abordado,

[7] O processo de envelhecimento tem diferentes características: **Diferencial** - acontece de forma diferente de individuo para individuo, de célula para célula, de tecido para tecido, de órgão para órgão de aparelho para aparelho; **Variável** - nas formas, nos ritmos, nos efeitos, nas reações que provoca. Está ligado a momentos históricos, variando de sociedade para sociedade, de época para época; **Ambivalente**- Na medida em que contém aspetos negativos e positivos. O envelhecimento é encarado distintamente por cada individuo, existindo indivíduos em que se registam ganhos de humor, serenidade e outros em que, por seu turno, se regista uma maior fragilidade. (Bernardo; 1987).

tendencialmente, como o conceito de *ageing* com destaque para as várias idades do ser humano"[8] (Carvalho et al., 2013, p. 3).

Este revela simultaneamente dados objectivos (degradação física, diminuição tendencial dos funcionamentos preceptivos e amnésicos, etc.) e também dados subjectivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000).

A este respeito, pode, também, referir-se que de acordo com Ribeiro (2007)[9] "os conceitos de envelhecimento e de velhice são formas de conhecimento elaboradas a partir de informação e imagens externas, experiencias e sobretudo, a partir de variáveis sociais e históricas da nossa cultura" (Lopes, 2010, p. 7).

"A velhice, não é apenas uma experiência individual, mas social. As mudanças biológicas que ocorrem, apenas têm sentido em função de uma determinada sociedade" (Esquivel, et al. 2009, p. 54). "Condições históricas, politicas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso" (Schneider & Irigaray, 2008).

A maior lentidão de movimentos, o cansaço, a perda de reflexos, a perda de memória,, perda de audição, visão e do paladar, são construções sociais dominadas por um contexto de competitividade da nossa sociedade, as quais dificultam a experiencia social da pessoa idosa. (Esquivel, et al. 2009).

Se por um lado o envelhecimento deve ser visto enquanto processo natural. "A velhice, essa sim, é uma categoria construída socialmente pela modernidade ocidental nos últimos 30 a 40 anos que depende dos contextos sociais, culturais e históricos[10]" (Ribeirinho, 2005, p. 50).

[8] Para Schneider & Irigaray, (2008) cada individuo tem quatro idades diferentes:
Idade Cronológica- refere-se somente ao número de anos que tem decorrido desde o nascimento; **Idade biológica**- inicia-se antes do nascimento e está associada ao envelhecimento orgânico onde cada órgão humano sofre modificações que diminuem o seu funcionamento ao longo da vida; **Idade Social** –relacionado com os papeis, estatutos e hábitos sociais e interacções sociais influenciadas pela cultura e história de cada sociedade; **Idade Psicológica**- (em duas perspetivas)1ª- refere-se às competências adaptativas e comportamentais em resposta às exigências do meio. 2ª- refere-se ao senso subjetivo da idade inerente à forma como cada pessoa avalia a presença ou ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas da sua idade.

[9] Ribeiro, A. P. (2007). Imagens de Velhice em Profissionais que Trabalham com Idosos, Dissertação apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde, da Universidade de Aveiro, para obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia, Aveiro.

[10] "Vive-se numa sociedade de consumo na qual apenas o novo pode ser valorizado, caso contrário, não existe produção e acumulação de capital. (...) O *status* reduzido das pessoas idosas é também devido á enfase contemporânea na juventude, beleza, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo. Assim *ser velho* assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente pelo próprio idoso" (Schneider & Irigaray, 2008, p. 587).

Constatamos, assim, que não existe uma definição universal de velhice. O significado social da velhice é definido em termos culturais e históricos de acordo com uma determinada conjuntura social e cultural uma vez que, este varia de cultura para cultura à luz da forma como cada sociedade se organiza e estrutura, de acordo com padrões valorativos e culturais, próprios e específicos, que contribuem para a sua própria construção social da velhice (Santos, 2008).

"O envelhecimento (…) é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interacção humana, onde cada uma afecta e é afectada" (Sequeira, 2010, p. 19).

Desta forma o envelhecimento e a velhice não são um resultado da idade cronológica ou de aspetos meramente biológicos. É um processo bio-psico-social de cariz individual, este, nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes (Fonseca; 2004, p. 53).

O envelhecimento assume, assim, especial visibilidade em três campos ou dimensões essenciais: a biológica, psicológica e social[11].

No entanto, o envelhecimento pode ainda ser caracterizado como: envelhecimento biológico, sinalizado por modificações físicas e orgânicas no individuo, com o aumento de probabilidade de morte e diminuição da capacidade de auto-regulação; envelhecimento social, em que se verificam alterações nos papeis sociais e no estatuto social com a passagem á reforma, sendo principalmente alterações definidas pela sociedade; e envelhecimento psicológico, onde se observam alterações da actividade intelectual e nas motivações, bem como alterações comportamentais e emocionais (Castro, 2007; Ribeiro, 2007).

1.4 Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico "(…) refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo (…)" (Figueiredo, 2007, p. 32). Resulta da "(…) fragilidade a que se chama senescência.", (Cordeiro, 1994).

[11] O processo de envelhecimento é composto por três dimensões:**Biológica** - reflete uma evolução, crescente, de vulnerabilidade de onde resulta uma maior probabilidade de morrer; **Psicológica** - definida pela capacidade de auto-relugação dos indivíduos face ao próprio processo de senescência; **Social** - referente ao exercício de papéis sociais relacionados com as expectativas da sociedade para este nível etário (Medeiros, 2010).

A senescência corresponde a um processo de transformações, de natureza orgânica, morfológica e funcional resultantes do processo de envelhecimento e têm "início com mudanças no aspeto exterior, aparecimento de cabelos brancos, lentificação progressiva dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular, diminuição da velocidade de reacção, alterações emocionais e alterações cognitivas, sendo estas mais subjectivas" (Sequeira, 2010, p. 21).

Para Figueiredo (2007, p. 32) o envelhecimento biológico"(…) refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo (…)" É marcado pela acentuada diminuição da capacidade de regeneração celular o que conduz ao envelhecimento dos tecidos. (Sequeira, 2010, p. 21).

Apesar do processo de envelhecimento ser muito anterior é na pessoa idosa que mais se evidencia. A pele e os músculos perdem elasticidade, regista-se um declínio da massa e da força muscular, ao qual se associa uma lentificação do funcionamento dos sistemas corporais (Sequeira, 2010, p. 21).

Assiste-se, através deste processo, ao declínio de alguns sistemas sensoriais, como o olfacto, o paladar, a audição e a visão que interferem fortemente no contacto da pessoa idosa com o seu meio ambiente, condicionando-o na realização do seu quotidiano. A falta de percepção, que a diminuição dos sentidos sugere, determina uma correlação directa com o menor desempenho cognitivo (Sequeira, 2010, p. 22).

A evolução do envelhecimento biológico é variável de indivíduo para indivíduo e o declínio dos órgãos e dos vários sistemas é também ele muito heterogéneo.

Apesar desse declínio e perdas funcionais que ocorrem com o envelhecimento se considerarem normais, elas estão na base de um aumento provável de doenças ou acidentes.

O processo de envelhecimento decorre com algumas alterações de ordem biológica que influem sobre a capacidade física e funcional dos indivíduos. (vide quadro nº3)

Quadro 3- Alterações Biofisiológicas do Envelhecimento

Sistema cardíaco:	Atrofia do músculo cardíaco; calcificação e menor flexibilidade das válvulas cardíacas; surgimento de arteriosclerose e de aterosclerose; assiste-se ao decréscimo do débito cardíaco, aumento da pressão arterial sistólica e diastólica e à redução da frequência cardíaca perante o estimulo e esforço;
Sistema Respiratório:	Caixa torácica enrijecida com diminuição da elasticidade pulmonar; decréscimo da capacidade vital pelo aumento do volume residual; diminuição das ventilações pulmonares e da taxa de fluxo expiratório; redução da elasticidade dos alvéolos e aumento da rigidez da estrutura interna dos brônquios; diminuição da pressão arterial de oxigénio; redução da capacidade respiratória máxima; menor capacidade de difusão do monóxido de carbono; diminuição do reflexo da tosse e aumento da suscetibilidade para infeções.
Sistema Músculo-esquelético	Diminuição da altura devido à redução do arco plantar e ás alterações dos discos intervertebrais; ocorre atrofia muscular generalizada e substituição de massa muscular por tecido adiposo que conduz ao declínio da força e do tónus muscular com consequências na capacidade para inspirar profundamente; aumento do nariz, do pavilhão auricular, do tórax e do crânio; redução da água corporal total; descalcificação e diminuição da densidade óssea; as articulações inflamam e deformam-se; perda de elasticidade nos tendões;
Sistema Nervoso e dos Sentidos	**Cérebro**- Atrofia cerebral com redução do número de neurónios de neurotransmissores e dos circuitos interneuronais com afetação da memória; da velocidade e capacidade de aprendizagem e dificuldades na fonética; Redução da intensidade dos reflexos; e da resposta motora, do poder de reação e da capacidade de coordenação com perdas de equilíbrio; surgimento de placas senis; alterações no padrão do sono; diminuição dos reflexos da fome e da sede. **Visão-** Diâmetro pupilar diminui o que reduz a tolerância à transição luz/escuro; diminuição da perceção da cor e do contraste e da profundidade; alterações na produção de lágrimas; alterações na capacidade de regulação da temperatura corporal; diminuição da perceção da dor. **Audição-** Diminuição da flexibilidade do tímpano e estreitamento do canal auditivo externo que contribuem para a diminuição da acuidade auditiva; **Olfato**- Atrofia dos bolbos olfativos gerando diminuição do apetite e perda ponderal. **Paladar-** diminuição das papilas gustativas e da produção de saliva; perda de dentição afetando a fala e a mastigação o que conduz a uma diminuição do apetite e malnutrição.
Sistema Gastrointestinal	Redução dos sucos digestivos; tendência para obstipação; .

Sistema tegumentar	Diminuição do tecido celular subcutâneo, da elastina e do colagénio; o que provoca o surgimento de pele mais fina, seca, com rugas e flacidez; aparecimento de machas; menor sensibilidade ao frio e ao calor; menor resistência aos traumatismos e menor capacidade de cicatrização; decréscimo da quantidade e espessura dos pelos, despigmentação e calvície;
Sistema endócrino:	Diminuição da produção de testosterona, estrogénios, progesterona e insulina; função renal diminui; aumento do risco de incontinência; músculos vesicais enfraquecem com limitações da continência vesical; hipertrofia da próstata; ovários, trompas e vagina atrofiam;

Fonte: Pinheiro, S. & Bernardes, A.(2014). Anatomia do Envelhecimento, In: Geriatria Fundamental, Saber e Praticar, Veríssimo, M. (coord.), Lidel, Lisboa.

Estas alterações "(…) potenciam um decréscimo do bem-estar e um aumento da vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas" (Conceição, 2012, p. 28).

1.5 Envelhecimento Psicológico

Com o avanço do envelhecimento, as pessoas deparam-se com uma série de perdas. "O indivíduo que era competente, bem-sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido" (Fernandes, 2002, p. 26).

"O envelhecimento é, pois, um período de grande mudança e permanente adaptação às novas condições de vida, todas elas mais ou menos marcadas pela limitação e a perda. É essencialmente caracterizado pelo luto que a pessoa de idade vai ter de fazer de uma certa imagem de si próprio, como pessoa, como ser social e como membro da comunidade" (Santos, 2008, p. 32)

Apesar de ser possível chegar até ao final da vida com todas as faculdades cognitivas intactas, assistimos com bastante frequência à degradação das funções cognitivas à medida que se vai avançando no processo de envelhecimento. "Nas pessoas idosas os distúrbios psíquicos de maior incidência são as síndromas depressivas e demenciais" (Ribeirinho, 2005, p. 42)

"Com o avançar da idade algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente" (Schneider & Irigaray, 2008, p. 591). Este declínio cognitivo

"(…) varia quanto ao início e progressão, pois depende, entre outros, de fatores como a educação, saúde, personalidade, nível intelectual global, capacidade mental especifica" (Fechine &Trompieri, 2012, p. 126).

Significa que, as alterações de ordem biológica, no organismo de uma pessoa idosa, são diferentes de pessoa para pessoa, assumem repercussões e tem impacto de natureza psicológica, que se traduzem na mudança de atitudes e de comportamentos.

No entanto, e, de acordo com Fernandes (2002, p. 40) a maioria dos problemas associados ao envelhecimento, nas pessoas idosas, não se devem à diminuição das funções cognitivas, mas antes, devido a outro tipo de modificações como, a doença, perda de papéis sociais, situações de *stress* e desintegração que condicionam e comprometem a capacidade de adaptação.

Esta diz respeito "(…) às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente" Fontaine (2000, p. 25).

Estas competências ou a falta delas, podem manifestar-se por uma dificuldade de aceitação da mudança de ambientes, com quebra da capacidade de adaptação, que se pode verificar pela incapacidade de aceitar ou administrar uma situação de choque, como por exemplo, a viuvez, ou pela total incapacidade adaptativa em situações simples como sair à rua para dar um passeio (Leme & Silva, 2002, p. 94).

Para Sequeira (2010, p. 23) "O envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida."

"As pessoas mais saudáveis e optimistas têm mais capacidade em adapatar-se ao processo psicológico de envelhecimento" (Santos 2008, p. 31).

"Deste modo, a história de vida, o sistema de valores, e o contexto social, (…) são determinantes para um envelhecimento bem-sucedido. A forma com cada um se vê e se sente inserido no meio, com as suas características peculiares é fundamental na sua interacção no meio e, consequentemente, na obtenção de um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar (Sequeira, 2010, p. 24).

O envelhecimento psicológico refere-se, portanto, às capacidades de auto-regulação, tomada de decisão e de adaptação ao próprio processo de envelhecimento (Cordeiro, 1994). À evolução

dos processos cognitivos, (tais como, entre outros, a inteligência, a memória a aprendizagem, etc…) e ao desenvolvimento de competências comportamentais e emocionais que permitam à pessoa adaptar-se e ajustar-se, em cada momento, às alterações que vão ocorrendo com a idade.

1.6 Envelhecimento Social

"Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social.", (Osório 2007, p. 15). É o reflexo de inter-relações sociais e individuais, oriundas da educação, trabalho e experiência de vida.

O envelhecimento social encontra-se, portanto, marcado pela cultura e história de cada sociedade e refere-se ao desempenho de papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade em que a pessoa se insere.

Spar & La Rue (2005) afirmam que a participação e o envolvimento em papéis sociais são determinantes para um envelhecimento bem-sucedido.

O envelhecimento está, de um modo geral, associado a alterações significativas no âmbito da participação[12] activa da pessoa idosa. É um processo que passa por várias fases e que poderemos caracterizar como sendo lento e gradual, marcado pela perda progressiva dos contactos sociais, por via de "(…) avanços e recuos nem sempre precisos, pode conduzir à *morte social*" (Motta, 1989, p. 16) "(…) isto é, o impedimento absoluto ou a perda da capacidade de estabelecer relações significativas com outros indivíduos, plena ausência de relacionamentos interpessoais e isolamento[13] completo" (Medeiros, 2016, p. 222). Para além, das fortes alterações na família, da crescente mobilidade geográfica dos filhos e parentes próximos, da reforma, divórcios, da morte de parentes e amigos, outras das razões para esse isolamento social são: " que os idosos frágeis não têm força física necessária para dirigir-se à comunidade, encontrar as pessoas e participar de eventos" (Shephard, 2003, p. 313), ou, a situação económica de baixos rendimento, que caracteriza esta população não lhe permitem, não mais do que satisfazer as suas necessidades básicas, deixando de lado a participação em eventos destinados ao lazer (Santos, 2008, p. 34)

[12] "(..) a maioria das pessoas idosas tem uma fraca participação na sua comunidade, o que gera sentimentos de solidão e desvalorização, com repercussões quer ao nível da integração sócio-familiar quer do nível da saúde física e psíquica." (Ribeirinho, 2005, p. 49).

[13] Para Carvalho (2012, p. 25) "O isolamento significa tanto o distanciamento das redes sociais quer formais quer informais, como as dificuldades que as pessoas revelam na movimentação e na integração nessas redes "

"As pessoas idosas, designadamente as que vivem em situação de pobreza, são mais vulneráveis à solidão provocada pelo isolamento social" (Carvalho, 2012, p. 24).

As condições habitacionais estão também ligadas ao isolamento social. "este é mais acentuado na área urbana, onde a solidariedade entre vizinhos e amigos e o contributo familiar decresce cada vez mais, especialmente porque a disponibilidade dos diferentes elementos da família, associada em grande parte às actividades laborais é cada vez mais diminuta" (Santos, 2008, p. 34). As pessoas idosas, com o avançar da idade, tendem, assim, a participar socialmente em redes sociais cada vez mais pequenas e a diminuir os contactos intersectoriais.[14]

Gradualmente, vai-se instalando um período mais intenso de mudanças. As pessoas idosas veem a sua situação social substancialmente alterada nomeadamente ao nível do desempenho dos papéis sociais, sobretudo, aqueles que se verificam no seio familiar[15], laboral[16] e ocupacional. Assiste-se a uma tendência para uma diminuição progressiva da sua importância social e da sua participação de acordo com a idade (Sequeira, 2010, p. 30).

"Ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade ela nega aos *velhos* o seu valor e a sua importância social" (Schneider & Irigaray, 2008). Desta forma, o envelhecimento social da população modifica o *status* da pessoa idosa e a sua forma de se relacionar com os outros (Zimerman, 2000).[17]

O afastamento do mercado laboral, com a imposição da reforma, leva frequentemente à inatividade gerando deficiência, limitação funcional e dependência, sendo a incomunicação, o

[14] Efetivamente, ao longo do processo de envelhecimento, as redes sociais, onde a ação e os papéis sociais se desenrolam, sofrem inúmeras alterações em função dos contextos familiares, laborais e de vizinhança. A título de exemplo "acontecimentos como a reforma, ou a mudança de residência alteram profundamente esta rede." (Paúl, 2005).

[15] "Diminuem os familiares, os contemporâneos, as visitas, as chamadas telefónicas (…). Também os convites para diferentes acontecimentos começam a rarear." (Motta 1989, p. 17)

[16] "(…) a reforma estimula a consciência do envelhecimento.(…) É como se o desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade que prescinde destes indivíduos, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada *oficial* na velhice (Ribeirinho, 2005, p. 48)

[17] Estas modificações ocorrem em função de uma: **Crise de identidade-** perda de auto-estima, ocasionada pela ausência de papel social; **Mudança de papeis** – adequação a novos papeis decorrentes do seu aumento de tempo de vida; essas mudanças ocorrem no trabalho, na família e na sociedade; **Reforma-** as pessoas idosas devem estar preparadas para não ficarem isoladas, deprimidas e sem rumo; **Perdas diversas** – aqui se incluem perdas no campo aquisitivo, na autonomia, na independência, no poder de decisão e na perda de parentes e amigos; **Diminuição dos contatos sociais** - esta redução decorre de suas possibilidades (Zimerman, 2000).

desamparo e a solidão[18] sociológica as maiores causas de sofrimento da pessoa idosa, fazendo-a cair no vazio existencial e na depressão (Ribeirinho, 2005).

De acordo com Motta (1989) podem existir muitos outros possíveis indicadores para o envelhecimento social, no entanto, salienta os seguintes: Progressiva diminuição dos contatos sociais; Distanciamento social; Progressiva perda do poder de decisão; Progressivo esvaziamento dos papeis sociais; Gradual perda de autonomia e independência; Alterações no processo de comunicação; Crescente importância do passado.

A identificação destes indicadores permite o desenvolvimento de intervenções apropriadas, uma vez que, ao contrário do envelhecimento cronológico e biológico, o envelhecimento social não é uma certeza imutável podendo ser retardado e até mesmo evitado (Motta 1989). A par destes indicadores, importa identificar alguns factores que determinam o envelhecimento social, nomeadamente as degenerescências físicas e o meio ambiente.

Quanto às degenerescências físicas constamos o declínio da memória, perdas sensoriais e progressivo enfiamento. Quanto ao meio ambiente é de referir a composição demográfica, equipamentos sociais, expectativas da sociedade e condições de moradia (Motta, 1989).

A conjugação destes factores favorecem o envelhecimento e podem conduzir à morte social. A velhice social ao contrário da física não é uma fatalidade uma vez que todos estes factores são mutáveis, se contrariados, podem contribuir favoravelmente para a integração social da pessoa idosa (Motta, 1989).

De um modo geral, podemos afirmar que o envelhecimento, está, desta forma, associado às alterações significativas no âmbito da participação activa da pessoa idosa na sociedade e que, "as possibilidades de envelhecimento social são maiores para os que, por qualquer motivo, se sentem forçados a viver num ambiente social e/ou humano indesejado; inversamente, são menores para as pessoas integradas em seu próprio meio" (Motta, 1989, p. 16).

O envelhecimento surge como um processo complexo, abrangente e dinâmico. É inevitável e não é igual em todos os indivíduos. É marcado por modificações ao nível biológico, psicológico e social. O envelhecimento tem influência e consequências nas redes sociais da pessoa idosa como iremos constatar no próximo capítulo

[18] Solidão é para Paúl (1997, p.83) uma condição emocional que representa a falta de uma relação necessária ao ser humano para manter a proximidade de outros.

CAPÌTULO II - Envelhecimento e Redes Sociais

2.1 As Redes Sociais Pessoais

No ano 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu o apoio social, onde se inclui as redes de apoio social e o suporte social como um importante fator na prevenção do isolamento social associado às pessoas idosas.

A literatura sobre relações sociais no ciclo vital consagrou o uso dos conceitos de suporte social e de rede de suporte social. A expressão suporte social diz respeito aos aspetos funcionais das relações sociais, ligados à adaptação dos seus membros. As expressões de rede social e de rede de suporte social são relativas aos seus aspetos estruturais (Capitanini, 2000).

Quando falamos de *rede social* pessoal e de *suporte social* estamos a referir-nos, no primeiro caso à estrutura, à trama da integração social, e, no segundo caso, ao funcionamento, isto é, ao apoio emocional e ao suporte instrumental (Lubben, 2006).

Para Dunst & Trivette (1990) o suporte social pode ser descrito pelo tamanho da rede social, pela presença de relações sociais, frequência de contacto com membros da rede social, necessidade de apoio transmitida ou tipo e quantidade de apoio que o individuo precisa e recebe.

O suporte social[19] é particularmente importante para as pessoas idosas, sendo que é nesta população que frequentemente se verificam as maiores lacunas, pois existe uma elevada quantidade de pessoas idosas que vivem sozinhas ou em instituições, sem apoio familiar (Neto & Corte-Real, 2013, p. 5).

As redes sociais pessoais vão-se alterando ao longo do ciclo vital em função do contexto familiar, do trabalho, da participação na comunidade, etc. Com o envelhecimento, algumas pessoas significativas (familiares, amigos, companheiros) vão desaparecendo, pelo que é necessário reorganizar as redes de apoio informal, de forma a manter a independência e a participação social, pois as redes de apoio são indispensáveis para as pessoas idosas (Paul, 2005).

[19] Actualmente as medidas de suporte mais utilizadas podem ser divididas em três categorias: "A dimensão da rede que se focaliza na integração social do individuo num grupo e as interligações deste no contexto do grupo; A dimensão de suporte recebido, que se focaliza no suporte que o individuo na realidade recebe ou considera ter recebido; A dimensão do suporte percecionado que se focaliza no suporte que o individuo acredita ter disponível em caso de necessidade" (Ornelas, 1994, p.335)

O processo de envelhecimento comporta em si, riscos de aumento da vulnerabilidade e doença, agravados em circunstâncias em que o contexto social é pobre e a rede de apoio social é fraca ou inexistente. A idade avançada, as limitações funcionais, a inexistência de filhos, a perda ou dificuldade de acesso a familiares mais chegados e amigos, bem como a doença, são factores de risco para o isolamento e para a depressão (Leitão et al., 2016, p. 294).

O termo *rede* é utilizado enquanto conceito teórico em ciência, como também vulgarmente pelos indivíduos ou atores sociais "para se referirem a um determinado tipo de relação ou prática social" (Pereira et. al., 2012, p. 175).

O facto de conhecermos as inserções dos indivíduos, a partir de suas redes micro-sociais, permite-nos inferir sobre as suas possibilidades de aceder aos recursos comunitários e, portanto, deduzir qual a sua posição na sociedade (Pereira et. al, 2012).

Esse fenómeno pode ser analisado a partir do indivíduo e da constituição de seus processos interactivos: amizade, parentesco, relações de trabalho ligações sociocomunitárias, em que os padrões de sociabilidade são exercidos com base na função exercida nas redes sociais.

Os processos de interacção, intra e inter-redes são a chave para o entendimento dos fenómenos organizacionais da sociedade.

Essa riqueza de tecido social tem uma forte participação na construção do capital social dos indivíduos que de acordo com Fontes (2004), é formado por três componentes: O número potencial de relações de ajuda ou apoio social, a extensão de ajuda, que depende da intensidade da relação e os recursos que permitem o acesso às relações.

Sluzki (1996, p. 42) define rede social pessoal como " a soma de todas as relações que um individuo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade", isto é, corresponde ao núcleo interpessoal de interacções sociais (amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família) e contribui significativamente para a auto-imagem e bem-estar. As redes pessoais compreendem relações estáveis, mas evolutivas, formadas por familiares, amigos, colegas de estudo e trabalho, e relações comunitárias que incluem a participação em organizações formais e informais (Sluzki, 2000).

Para Sequeira, as "redes sociais referem-se ao número de elementos e à estrutura da família, amigos, local onde residem (proximidade física). Indicam as características estruturais das possibilidades de relação com a pessoa" (Sequeira, 2010, p.30).

Por sua vez, Sousa, (2005, p. 171) apresenta a seguinte descrição das redes sociais pessoais de pessoas idosas: "baixa proximidade relacional, especialmente devido à falta de amigos, maior coesão, menor distância geográfica e menor reciprocidade".

A rede de suporte[20] social das pessoas idosas pode "incluir atores tais como familiares, vizinhos, amigos, e outros atores comunitários (normalmente instituições de solidariedade social sem fins lucrativos). Esta rede pode ter várias configurações de natureza qualitativa (tipo de apoios e tipo de atores) e de natureza quantitativa (número de atores e frequência dos contactos" (Rodrigues et al., 2014, p.53).

2.2 Redes Formais e Informais

As redes sociais contribuem para a capacidade adaptativa do indivíduo, bem como para a manutenção da sua própria saúde física e mental (Sluzky, 1996). Estão associadas ao tipo de vínculo entre as pessoas e podem-se agrupar em duas grandes categorias:

- Rede de apoio informal (primárias) engloba, simultaneamente, indivíduos, que podem ter laços familiares, de amizade e vizinhança, e por grupos socialmente organizados, tais como clubes, colectividades, entre outros. É no seu seio que se desenvolvem as interacções sociais e se estabelece o fornecimento de um ou diversos tipos de apoio prestados tanto por indivíduos como grupos sociais.

-Rede de apoio formal (secundárias) engloba, simultaneamente, organizações sociais formais como hospitais e outras instituições, serviços e programas governamentais, como também os próprios profissionais que as integram, tais como, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. A prestação de apoio pressupõe, na maior parte das vezes, a existência de uma relação contratual.

Paúl considera que a "existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida" (2005, p.37).

[20] Os comportamentos de suporte podem assumir diversas formas e ter várias funções, sendo possível identificar seis formas: Suporte emocional; Feedback; Aconselhamento ou orientação; Assistência prática; Assistência financeira ou material; A Socialização (Ornelas, 1994, p.336)

Os amigos e os vizinhos constituem-se igualmente como importantes fontes de suporte para a pessoa idosa, sobretudo os amigos, que fornecem oportunidades de sociabilização ímpares, em detrimento de outras interacções relacionais de natureza mais instrumental.

Em Portugal o apoio às pessoas idosas assenta sobre dois subsistemas principais: o subsistema informal (família, amigos e vizinhos) e o subsistema formal (institucionalização de natureza pública, terceiro sector ou privado), (Rodrigues et al., 2014, p. 50).

Ambos os subsistemas são interdependentes, ou seja, a "sustentabilidade ou insustentabilidade de um está relacionada com a sustentabilidade ou insustentabilidade do outro e que alguns factores exercem a sua influência em ambos os subsistemas de apoio considerados (Rodrigues et al., 2014, p. 51).

Quadro 4- Factores Sociais e de Suporte Social às pessoas idosas

Factores de insustentabilidade	O envelhecimento demográfico (mais idosos para cuidar durante mais tempo sobrecarregando ambos os sistemas	Redução do número de cuidadores informais disponíveis devido à dimensão das famílias (famílias nucleares)	Custo cada vez mais elevado dos cuidados gerontológicos institucionalizados (mais especializados e prolongados no tempo)	Desenvolvimento desigual, (um dos principais responsáveis pelo envelhecimento demográfico)	Crise do Estado de Providência
Factores de sustentabilidade	Cultura portuguesa marcada pela intensidade das trocas intergeracionais entre familiares e por fortes laços de entreajuda entre amigos e vizinhos	Adoção de políticas de desenvolvimento sustentável nas Regiões mais desfavorecidas do interior do país (poderá contribuir para a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos.	Estado Social (se esse for o caminho escolhido pela sociedade portuguesa como um todo)	Suporte científico e técnico resultante das crescentes qualificações profissionais nas áreas específicas da gerontologia e geriatria e áreas afins como a saúde e o serviço social	Desenvolvimento dos serviços de apoio às pessoas idosas de natureza privada.

Fonte: Pereira et al., (2012). Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idosos. Viseu. Piscosoma.

Tendo por base o trabalho realizado por Pereira em 2012, a partir do qual procurou identificar os factores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio às pessoas idosas, concluiu que o subsistema formal terá, no futuro próximo, uma importância crescente que aquele que terá o subsistema informal. Esta alteração "(…) deriva justamente da previsível

incapacidade de resposta do sistema informal, devido à escassez de cuidadores e à sofisticação e complexidade crescente dos cuidados requeridos (Rodrigues et al., 2014, p.52).

Quando as redes de apoio informal entram em ruptura, são inexistentes ou já não conseguem (co)responder às necessidades dos seus membros mais idosos, são accionados sistemas de apoio comunitário de caracter estatal e particular que o assistem de forma integrada e profissional, em fases de maior ou menor dependência.

A saúde, a autonomia, as relações sociais e a satisfação com a vida parecem ser os factores que representam de forma mais generalizada e consistente, entre os mais velhos, aquilo que significa envelhecer bem (Cabral & Ferreira, s.d., p.123). Uma conclusão confirmada pela autora Fernández – Ballesteros (2010), tendo por base uma revisão de vários estudos existentes sobre a perceção das pessoas idosas de diferentes idades acerca daquilo que constitui, para eles, *envelhecer bem.*

As condições de proximidade com vizinhos, amigos ou familiares, acesso facilitado a locais de abastecimento dos recursos diários necessários (acesso a bens alimentares e outros, farmácia, cuidados de saúde) são condições essenciais primárias para a manutenção da integração social. (Fernandes &Botelho, 2007, p. 15).

2.2.1 Relação entre Redes de Suporte Informal e Formal. Que complementaridade?

Combinar as redes de suporte formal e informal não é um processo fácil, mas é possível. A complementaridade em algumas situações pode reflectir um eventual equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas ao nível da prestação dos cuidados à pessoa idosa. Guillemard (1986) refere que a complementaridade entre os sistemas de suporte informal e formal é difícil, dado que ambos são muitas vezes interdependentes e irredutíveis entre si, gerando por vezes posições extremistas, particularmente, no intercâmbio entre o apoio familiar e o apoio formal. Autores, tais como Lesemann & al. (1995) defendem que a ajuda e o apoio familiar não pode ser substituído pelas ajudas técnicas providenciadas pela rede de apoio formal. Não só a família intervém num registo distinto dos serviços públicos ou profissionais como a sua acção se caracteriza pela adaptabilidade, plasticidade, exclusividade, contrariamente à acção pública de caracter formal, rígida, regrada e universalista. Com efeito, a família assegura uma permanência de presença e de acção movida por sentimentos de

obrigação e de amor, enquanto um sistema formal intervém pontualmente para determinados actos (Mesquita, 2011, p. 18)

Estes autores, pretendem demonstrar que as redes de suporte informal e formal surgem como dois sistemas de acção autónomos, que funcionam com base em princípios distintos e descontínuos.

Inequivocamente, a família (apoio informal) ocupa quase sempre o lugar cimeiro enquanto principal prestadora de cuidados aos seus membros mais idosos. "Neste âmbito, o sistema formal surge geralmente como último recurso, protagonizando a vertente técnica dos cuidados e reservando à família a vertente afectiva dos mesmos" (Mesquita, 2011, p.18).
Podemos assumir que a complementaridade existe e pode ser benéfica para a pessoa idosa. Os cuidados formais, prestados às pessoas idosas dependentes não podem ser desligados do apoio que os familiares proporcionam.
Os cuidados prestados por profissionais de saúde concorrem, lado a lado, com os cuidados informais prestados pelos familiares, para um apoio holístico ao idoso (Araújo, et al., 2017, p.99).

2.3 Funções da Rede Social

Como vimos anteriormente, as relações interpessoais são fundamentais para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas. A frequência de contactos com os outros e a qualidade desses contactos são determinantes para a existência de um envelhecimento activo. "O tempo passado com os outros sejam familiares, amigos, vizinhos ou colegas, as actividades feitas em conjunto; e a rede social em que cada pessoa se insere podem gerar apoio material ou emocional em momentos de necessidade, assim como proporcionar oportunidades de realização pessoal, potenciando a participação cívica e social" (Cabral & Ferreira, s.d., p. 118).

São funções da rede social: proteger o indivíduo ou propiciar um efeito de "almofada" que amortece o *stress* associado ao envelhecimento; retardar, prevenir ou contribuir para o tratamento de doenças físicas, e perturbações emocionais; providenciar apoio em determinados eventos da vida e na integração social; promover o bem-estar; contribuir para o auto-reconhecimento e identidade pessoal. (Sluzki, 2000).

2.4 Alterações na composição e estrutura das Redes de Apoio

Ao longo da vida, as redes sociais dos indivíduos são muitas e variadas, e caracterizam o seu relacionamento interpessoal com o meio social. Desde jovens que pertencemos ao grupo familiar, grupo de amigos, grupo de colegas, sejam eles da escola ou de trabalho, e através destas relações vão-se construindo os traços que nos caracterizam.

Segundo Paúl, (2005, p.46), as redes sociais alteram-se com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros, provocados pela reforma, mudança de residência e morte do parceiro.

Alguns autores defendem que as redes sociais de apoio tendem a aumentar a sua dimensão/densidade numa relação directa e proporcional ao aumento da debilidade e/ou perda gradual de autonomia da pessoa idosa (Mesquita, 2011, p.8).

Já outros autores sustentam que as redes sociais de apoio às pessoas idosas tendem a diminuir ao longo do seu ciclo de vida, suportando a ideia de que tendem a instalar-se um desgaste na rede social de apoio à medida que as necessidades desta população aumentam (Antonnuci et al.,1990)

As redes de apoio tendem a estabilizar ao longo da vida, protegendo o sujeito, como se de uma camada protectora se tratasse (Antonnuci et al., 1990).

Consensual na literatura é o facto das redes de suporte social assumirem um papel determinante para o bem-estar das pessoas idosas, uma vez que estes estão sujeitos a um maior risco de perdas sociais (como por ex., a morte do cônjuge) e a diversos constrangimentos relacionados com questões de saúde, mudanças geográficas e limitações funcionais.

2.5 Contracção da Rede Social Informal

No entanto, à medida que a pessoa envelhece assistimos a um estreitamento da rede de relações interpessoais marcado por uma desvinculação gradual das pessoas mais idosas em relação à participação na vida social e até familiar.

A desvinculação é gradual, diminuindo, portanto, a adesão ao envelhecimento activo à medida que as pessoas idosas avançam de faixa. Do mesmo modo, uma dimensão com forte componente psicológica, como o sentimento de bem-estar existencial, também não deixa de ser afetada negativamente pela idade (Cabral & Ferreira, s.d., p. 133)

O tamanho ou dimensão da rede social diminui por perdas - morte, migração ou debilitação dos seus membros - à medida que o processo de envelhecimento avança.

De facto, ao longo do processo de envelhecimento, passa-se geralmente de uma vida familiar para uma vida a dois e, após a viuvez a uma vida a sós. A viuvez é aliás uma das principais causas de isolamento social e de solidão (Cabral & Ferreira, s.d., p. 25).

Contrariar o isolamento e promover a integração social e familiar deve também ser uma condição indispensável para a manutenção da saúde mental e de um envelhecimento activo e saudável (Fernandes & Botelho, 2007, p. 15). Segundo os pressupostos do envelhecimento activo, o trabalho é um elemento essencial de integração social (Walker, 2002), pelo que, a reforma e a redução de actividade, pode também representar um afastamento da vida social e muitas vezes, desintegração social.

A passagem da vida activa para a vida inactiva faz com que a pessoa idosa fique mais exposta a múltiplas e variadíssimas condicionantes sociais que o sujeitam, muitas vezes, a sentimentos de inutilidade, de esvaziamento, de ausência relacional. Este facto deve-se à forma como as sociedades modernas se encontram organizadas, fazendo depender o estatuto social das pessoas de critérios meramente produtivos.

A este respeito, Osório (2007, p. 25) refere que "(...) o trabalho se tornou uma fonte primordial de identidade, valorização social e participação económica, enquanto factores essenciais de integração social (...)".

Por sua vez, Fonseca (2005) "(…) numa perspectiva psicológica, refere que o momento da passagem à reforma constitui um processo de transição – adaptação, que poderá implicar o aparecimento de alterações do funcionamento com consequências ao nível do bem-estar psicológico e social."

A saída dos filhos da habitação, os conflitos pessoais, os cortes relacionais e a ruptura de laços familiares, estão também na base dessa contracção social da rede.

Este aspecto é, tanto mais, importante se tivermos em consideração que o apoio é fundamentalmente prestado por familiares que predominam nas redes interpessoais, como filhos e os cônjuges.

Cerca de metade sente alguma, ou, mesmo muitas vezes, necessidade de receber apoio emocional. Mais de um terço das pessoas gostaria de ter recebido ainda mais apoio quando se sente triste ou só, revelando assim um sentimento de solidão à medida que a idade avança, sobretudo entre as mulheres (Cabral & Ferreira, s.d., p. 118)

Por outro lado, a manutenção da rede vê-se também ela comprometida à medida que a idade avança, registando-se menor disponibilidade física e intelectual para manter essas conexões sociais.

O declínio das sociabilidades ao longo da idade, contribuem para a diminuição progressiva das oportunidades de renovação da rede.

A progressão do envelhecimento, sobretudo nas idades mais avançadas, "inviabiliza grandemente a possibilidade de novas reconfigurações após situações de ruptura conjugal, como a viúvez ou a separação" (Cabral & Ferreira, s.d., p. 26).

À medida que se envelhece, as redes interpessoais tornam-se porventura mais pequenas e com contactos menos regulares, mas mesmo assim mais densas e mais fechadas à medida que a idade aumenta sobretudo a partir dos 75 Anos (Cabral & Ferreira, s.d., p. 74). De um modo geral, as redes sociais diminuem de tamanho, concentrando-se nos familiares (Sousa, et. al., 2004).

Desde as redes primárias às modalidades pró-activas de participação social, passando pelas práticas associadas ao envelhecimento activo: quase todos os tipos de vínculo estudados se vão reduzindo, tipicamente, com a chegada da grande idade. A partir dos 75 anos verifica-se sistematicamente uma diminuição do tamanho da rede, uma restrição ao círculo familiar e uma frequência menor de contactos interpessoais (Cabral & Ferreira, s.d., p. 133).

Este fechamento e redução das redes interpessoais é marcado pela perda das relações interpessoais, o que se traduz na menor dimensão das redes e pela delimitação dos contactos sociais às pessoas mais próximas, predominantemente familiares, que se conhecem entre si, e, tornando as relações ainda mais densas (Cabral & Ferreira, s.d., p. 74).

O fechamento das redes dificulta a ligação das mesmas a outras redes e, em sentido mais geral, à própria sociedade (Cabral & Ferreira, s.d., p. 89).

O suporte social que as redes de apoio social proporcionam é dinâmico, interactivo, envolvendo benefícios mútuos, quer para o prestador quer para o receptor do mesmo, diminui o isolamento e proporciona diferentes graus de envolvimento social, conferindo assim um sentido à vida do individuo (Mesquita, 2011))

A rede formal complementa a rede informal (familiares e/ou pessoas próximas) e pode ser da responsabilidade dos serviços públicos ou privados. Ambas procuram com que a pessoa idosa envelheça com máximo de dignidade, potenciando a sua autonomia, prevenindo e compensando as dependências que o processo de envelhecimento acarreta.

O apoio social (onde se inclui as redes de apoio social e o suporte social) é um factor importante para a pessoa com mais idade, sobretudo porque ajuda a manter-se com autonomia e ter um envelhecimento satisfatório. A revisão literária feita a este tema permite-nos concluir que as pessoas idosas que participam nas redes sociais de forma activa e que recebem apoio social informal são as que possuem melhor saúde física e mental.

Inúmeros trabalhos de investigação sobre a população idosa evidenciam a existência de uma relação estreita entre suporte social, prevenção de doenças físicas/psíquicas e a manutenção do bem-estar do individuo.

A família, neste campo, assume um papel vital na manutenção da saúde e bem-estar da pessoa idosa, como iremos constatar no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III -As Famílias e os Cuidadores privilegiados da Pessoa Idosa

3.1 – Família e cuidados

Ao longo da história a função de cuidar dos seus membros mais velhos sempre esteve vinculada à família. Vários estudos indicam que as pessoas idosas preferem e se sentem mais satisfeitos com a vivência no meio familiar e junto dos vizinhos e amigos onde passaram a maior parte da vida (Osório, 2007).

Enquanto receptoras de cuidados, as pessoas idosas, contam frequentemente com o apoio da família, dos amigos e da vizinhança[21] (Pimentel & Albuquerque, 2010, p. 256).

Um estudo recente conduzido por Cunha, Lopes & Pereira no ano de 2013, sobre a rede de suporte, efectuado com pessoas idosas da cidade de Chaves, no Norte de Portugal, revela que as pessoas idosas podem contar essencialmente com os seus familiares e que os amigos, vizinhos e comunidade têm um papel residual (Rodrigues et al., 2014, p.54).

À medida que vão decorrendo as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, a pessoa idosa tende a viver uma vida mais circunscrita, cingindo-se cada vez mais ao seu ambiente familiar.

É no contexto familiar que normalmente se processa a assimilação do papel de cuidador[22] (Sequeira, 2010, p. 159). "E quando surgem determinadas necessidades, as famílias esperam apoio recíproco dos seus elementos, através da rede de relacionamentos (Carvalho, 2009, p. 87).

[21] Não obstante a suma importância da família é inequívoca a relevância que os amigos e vizinhos assumem enquanto fontes de apoio e assistência para o bem-estar e autonomia das pessoas idosas. As escolhas dos amigos são mais fluidas e livres que a dos vizinhos. Os amigos contribuem para o bem-estar psicológico enquanto que os vizinhos, devido à sua relação de proximidade, prestam assistência de natureza instrumental. (Mesquita 2011, p. 11).

[22] Podemos identificar dois tipos: **Cuidador Primário**-são quem realiza mais de metade dos cuidados informais recebidos pela pessoa dependente que inclui as lides domésticas, preparação de refeições, lavagem de roupa, higiene pessoal, suporte financeiro, transportes entre outros; **Cuidador Secundário**-não tem a responsabilidade principal de cuidar do dependente, mas complementa o cuidador primário com outras atividades de suporte, como a supervisão dos cuidados, passear, tratar de assuntos administrativos, entre outros (Martin, 2005, p. 184). Neri & Carvalho (2002) faz outra distinção de acordo com o contexto do cuidar: **Cuidador Principal**- foi-lhe depositada a responsabilidade dos cuidados, cumpre-lhe supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar da pessoa idosa; **Cuidador secundário**- ajuda na prestação dos cuidados de forma ocasional ou regular mas que não tem a responsabilidade de cuidar e habitualmente são familiares que dão apoio ao cuidador principal através dos cuidados diretos, economicamente e em termos de atividades de lazer, pode substituir o cuidador principal nas suas ausências; **Cuidador Terciário**- pode ser um familiar, amigo ou vizinho próximo que auxilia esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, mas não tem responsabilidades pelo cuidar.

Em Portugal, o papel de cuidar é de fato remetido, histórica e culturalmente para a esfera familiar, com particular incidência "(…) nas comunidades rurais do Interior Norte do país, onde o sentido de obrigação para com os parentes mais idosos continua a constituir-se como um padrão ético e comunitário fortemente partilhado" (Pimentel & Albuquerque, 2010, p. 256).

A família é a estrutura onde todos os membros da família se apoiam e reúnem esforços para a realização de várias tarefas. Esta é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou colectivos (Fernandes, 2010, p. 39).

Constata-se que a maioria dos cuidados são prestados por cônjuges ou filhas, o que confirma a ideia de que a responsabilidade pelo cuidar recai habitualmente sobre os familiares mais próximos (Sequeira, 2010, p. 257).

A prestação dos cuidados no seio familiar, faz-se sobretudo no feminino. A divisão do trabalho em função do género reserva às mulheres (esposas, filhas e noras) uma série de papeis e normas que lhe determinam o exercício do papel de cuidadoras.

O cuidado familiar é um trabalho socialmente desvalorizado, reservado primeiro às mulheres, exceto quando é necessário os maridos cuidarem das esposas. Relativamente às esposas e filhas é expectável que cuidem dos seus familiares dependentes" (Fonseca et al., 2014, p. 233).

"Em relação aos cuidados e aos cuidadores das pessoas idosas, parece existir uma relação entre esses cuidados e o papel feminino como cuidador" (Carvalho, 2009, p. 84). A menor preponderância do homem na prestação dos cuidados deve-se, como vimos anteriormente, às atribuições da divisão social do trabalho, por um lado, e à acentuada feminização do envelhecimento, fruto de uma maior longevidade, por outro.

Esta maior longevidade feminina, também por isso mais dependentes, serem mães, pode ajudar a explicar o motivo de serem as filhas a principal fonte de assistência aos seus progenitores (Fonseca et al., 2014, p. 237).

Outro factor determinante que influência a escolha da pessoa que irá assumir os cuidados é a proximidade geográfica e a coabitação. A proximidade aumenta a possibilidade de se assumir o papel de cuidador informal (Paúl, 1997).

Na impossibilidade do cônjuge e dos filhos, o papel de cuidador é assumido por outros parentes e na ausência destes é exercido por vizinhos (Fonseca et al., 2014, p. 232).

Actualmente, em Portugal, esta ideia, alicerçada em valores culturais, ainda é a mais prevalecente, constituindo-se a família como a principal prestadora de cuidados às pessoas idosas.

3.2 - Estatuto Social e Familiar da Pessoa Idosa

Ao longo da história o papel social das pessoas idosas tem vindo a sofrer várias transformações. As alterações demográficas, a evolução da sociedade e a alteração das formas de vida em família têm influenciado o lugar e o papel que as pessoas idosas ocupam na sociedade (Camejo, 2013, p. 12).

A este respeito Giddens, refere que nas sociedades tradicionais os mais velhos eram respeitados (1996, p.118). Detentores de uma forte sabedoria, estes tinham normalmente a última palavra em questões fundamentais para toda a comunidade. No seio destas sociedades e respectivas famílias o estatuto e a autoridade dos seus membros aumentava com a idade. Em contrapartida nas sociedades industrializadas os mais velhos tendem a perder a sua autoridade tanto no seio da família como da comunidade.

Nas sociedades tradicionais, de acordo com Fonseca et al. (2014, p.185)., "a família assumia-se como unidade de produção e consumo, sendo que o trabalho não era perspectivado como algo separado de outras funções sociais.

Nas sociedades pré-industriais a velhice era encarada com respeito e a pessoa idosa tinha um lugar de destaque, era valorizado e assumia um papel importante na família e na comunidade. "Ao idoso era reconhecido um lugar de estima pela sua sabedoria, adquirida pela experiencia da vida. Sabedoria que era considerada válida e útil sendo transmitida de geração em geração" (Camejo, 2013, p.13).

Nas sociedades industriais os valores do trabalho, produtividade e consumo instalam-se no centro do palco principal da acção social e económica, com fortes consequências ao nível interno das famílias na forma com se estruturam e passam a funcionar, nomeadamente, a quebra das interdependências entre os seus membros e da consequente perda de solidariedades intrafamiliares que passam a afectar sobretudo os seus elementos mais idosos e não produtivos economicamente. "(…) a família baseia-se hoje mais na satisfação do desejo do que na assistência reciproca" (Slepoj; 2000, p. 89).

Neste sentido, criaram-se as condições que estimularam e conduziram à alteração da disponibilidade para proteger e cuidar. Alterações que se repercutiram na "reestruturação e reconfiguração das relações intergeracionais e na noção de solidariedade, uma vez que afecta não só as consciências individuais, mas também o modo como os indivíduos se relacionam na teia das relações familiares (…)" (Camejo, 2013, p. 17).

Sequeira (2010, p. 31) considera que "os idosos são muitas vezes, discriminados e o seu espaço no seio da família é cada vez menor, em consequência da competitividade laboral, da necessidade de manter um rendimento adequado, o que leva os elementos activos do agregado familiar a efectuar horários alargados, frequentemente longe do local de residência.

Ao ser decretado o estado de velhice o estatuto social da pessoa é fortemente influenciado ao transitar do estatuto activo para o estatuto de reformado, deixa de ser reconhecida à pessoa qualquer utilidade social, uma vez que através deste novo estatuto passa a ser considerada incapaz de preencher uma qualquer actividade profissional. O facto de beneficiarem de um repouso remunerado faz com que se instale na restante população activa um sentimento negativo, de inutilidade e de fardo económico em relação às pessoas idosas (Camejo, 2013, p. 13).

3.3 - Mudanças ocorridas na Estrutura Familiar

Para Giddens, a família é "um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, no qual os adultos assumem toda a responsabilidade de cuidar das crianças" (2004, p. 175).

A família de hoje sofreu grandes alterações. Os processos de mudança na sociedade, movidos sobretudo pela evolução dos sistemas económico e social, geraram profundas alterações na estrutura da família, na sua organização e no seu modo de funcionamento.

De facto, através da industrialização e urbanização, assistimos a um rápido processo de mudança na sociedade, sobretudo nas sociedades ocidentais. Este avanço, pese embora a existência de modelos tradicionais de produção assentes em critérios doméstico/familiares, que preconiza a existência de famílias extensas alargadas, "determinou a extinção das actividades económicas ancoradas em relações familiares, já não se podendo caracterizar a família, em geral, como unidade de produção" (Carvalho & Almeida, 2003, p. 111).

Por outro lado, a globalização, no seu efeito de modernidade e no seu movimento de expansão no mundo, tem contribuindo para alterações significativas, no sistema de valores das sociedades tradicionais que influenciam o modo como as famílias funcionam e se estruturam.

Veio comprometer, em larga medida, não só o prestígio social da pessoa idosa, como também o seu papel social que se torna praticamente insignificante, na medida em que a experiência de vida, os valores, as crenças que anteriormente eram valorizadas e transmitidas pelos mais velhos às gerações mais novas deixaram de fazer sentido. Essa experiência torna-se irrelevante, perante a velocidade das transformações da vida em sociedade.

A pessoa idosa deixa assim de ser visto como o grande transmissor da tradição e do saber e o respeito por este torna-se menos profundo, a experiência é ultrapassada em conhecimento pelos mais novos (Camejo, 2013, p. 14).

Cresce o individualismo, valoriza-se a privacidade e diminuem as solidariedades comunitárias. Inclusive a própria mobilidade social, condição e causa do desenvolvimento económico, leva à ruptura dos laços de parentesco (Camejo, 2013, p. 14).

Os estilos de vida familiar mudaram. O modelo de família extensa alargada, típica das sociedades tradicionais, está gradualmente, através desse movimento de aculturação, a ser substituído pelo modelo de família nuclear, dos países ocidentais industrializados.

Um modelo, onde apenas *cabem* pais e filhos, ou até mesmo monoparentais, onde apenas existe um dos pais.

Assim sendo, a família, enquanto instituição, sofreu muitas alterações, que se traduzem na modificação da sua estrutura tradicional, das quais se destacam: aumento da proporção de domicílios formados por "não famílias", não apenas entre as pessoas idosas (viúvos), mas também entre adultos jovens que expressariam novo "individualismo"; redução do tamanho das famílias; fragilização dos laços matrimoniais, com o crescimento das separações e dos divórcios; incremento da proporção de casais maduros sem filhos; multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais, e em especial das chefiadas por mulheres sem cônjuge (Carvalho & Almeida, 2003, p. 110).

A presença de mulheres no mercado de trabalho passou a ser crescente, assim como a difusão e a utilização de práticas anticoncepcionais e a fragilização dos laços matrimoniais, com o aumento das separações, dos divórcios e de novos acordos sexuais. Esses fenómenos associam-

se a uma significativa redução da fecundidade e do tamanho médio das famílias e a sua maior diferenciação, com a persistência de arranjos mais tradicionais, ao lado de outros genuinamente emergentes (Carvalho & Almeida, 2003, p. 112).

Fruto destas transformações, o próprio modelo de família nuclear das sociedades contemporâneas, ocidentais, não comtempla já a pluralidade actualmente existente. Verifica-se que uma proporção crescente de famílias já não se enquadra nesse modelo. Assim, de acordo com Carvalho & Almeida (2003, p. 110), podemos hoje, falar de vários tipos de família:

A família nuclear, constituída por dois adultos de sexo diferente e os respectivos filhos biológicos ou adoptados, já não é para muitos o modelo de referência, embora continue a ser o mais presente.

As uniões de facto, trata-se de uma realidade semelhante ao casamento, no entanto não implica a existência de qualquer contrato escrito;

As uniões livres, não são muito diferentes das uniões de facto, apenas nestas nunca está presente a ideia de formar família com contractos;

As famílias recompostas são constituídas por laços conjugais após o divórcio ou separações. É frequente a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes ocasionando meios-irmãos;

As famílias monoparentais são compostas pela mãe ou pelo pai e os filhos. São famílias fruto de divórcio, viuvez ou da própria opção dos progenitores, mães solteiras, adopção por parte das mulheres ou dos homens sós, recurso a técnicas de reprodução. O aumento dos divórcios fez aumentar o número deste tipo de famílias já que nesta situação os filhos ficam a viver com um dos progenitores. Na maioria das vezes este progenitor é a mãe, embora já haja alguns homens;

Por fim, as famílias homossexuais constituídas por duas pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos.

Relativamente aos agregados familiares em que as pessoas idosas se inserem, verifica-se um aumento progressivo das famílias clássicas constituídas só por pessoas idosas que incluem as chamadas famílias unipessoais (pessoas idosas a viver sós) e as famílias constituídas por duas, três ou mais pessoas, todas com mais de 65 anos (Sequeira, 2010, p. 17).

Estas transformações, são uma consequência e um efeito do processo de globalização. "É preciso reconhecer primeiramente que se trata de processo *universal*, mas apenas no sentido de que é comum às sociedades urbanas dos países ocidentais ou *ocidentalizados*" (Carvalho & Almeida, 2003, p. 110).

"Como a família deixa de ser uma unidade de produção e de regulação dos problemas, constrói-se, nas cidades, um modo de estruturar a vida e as relações que não permite manter a família alargada" (Fonseca, et al, 2014,p. 186).

Nas sociedades tradicionais havia um compromisso intergeracional no seio das famílias. A responsabilidade de cuidar de uma pessoa idosa era da própria família. O dever moral de cuidar. "(…) verificava-se um investimento dos pais para com os filhos, para que os mesmos tomassem conta deles quando chegassem à velhice" (Lenoir citado in Pimentel, 2002).

"A responsabilidade que os filhos têm para com seus pais, está fundamentada na perspetiva de uma reciprocidade esperada, que se manifesta na retribuição pelo cuidado recebido na infância e no amor filial" (Ayèndez, 1994).

Hoje, não existe um modelo único de família pelo que nem todas as famílias têm o mesmo modelo de relacionamento e organização, revelando a existência de diferentes padrões de apoio entre os seus membros.

A organização do parentesco sofreu as mais profundas transformações, não sendo atualmente estruturador do quotidiano. O parentesco não é imposto podendo-se constituir por iniciativa (Carvalho, 2009, p. 82).

"A organização da família moderna orienta-se, tendencialmente, mais para a opção enquanto compromisso do que obrigação enquanto dever moral" (Carvalho, 2009, p. 82).

"A assunção de direitos iguais entre homens e mulheres e a entrada da mulher no mercado de trabalho configurou o cuidar já não como um dever feminino, mas como um compromisso que pode ser ou não assumido, tendencialmente, tendo como base uma escolha e não uma obrigação" (Carvalho, 2009, p. 92).

Como vimos anteriormente, tradicionalmente, eram as famílias que assumiam os cuidados às pessoas dependentes, designando esta função de apoio informal. No entanto, as famílias de hoje sofreram profundas transformações, das quais se destacam:

- "A diminuição ou inexistência de família alargada que cuida de todos os seus membros.
- Predominam as famílias nucleares, nas quais se verifica um menor peso da *instituição família* com a diminuição da estabilidade familiar. No modelo tradicional, o casamento tinha um caracter permanente na maioria dos casos. Na actualidade, assiste-se a um incremento do número de divórcios /separações, a novos casamentos/uniões, o que cria alguma instabilidade e dificulta os processos de cuidar;
- A coexistência de vários tipos de família: famílias monoparentais, uniões de facto, famílias reconstruídas, etc.;
- As dificuldades de emprego e a competitividade no trabalho levam a uma maior mobilidade (geográfica) dos elementos da família, o que fragiliza as redes de solidariedade familiar;
- A posição social da mulher e a *democratização* das relações familiares, com a alteração do papel desta na família, que passa a participar no mercado de trabalho e consequentemente a ter menos disponibilidade para cuidar;
- A reduzida dimensão das habitações, principalmente nos grandes centros, o que dificulta a co-habitação de vários membros da família" (Sequeira, 2010; 32-33).

Essas transformações fazem com que "(…) as famílias não sejam capazes de resolver os problemas e necessidades dos idosos, tais como as físicas psicológicas e sociais" (Fernandes, 2010, p. 39).

Actualmente, verifica-se uma transferência dessas responsabilidades, por parte das gerações mais novas, através de meios financeiros, para instituições especializadas no apoio às pessoas idosas (Camejo, 2013, p. 17)

Assistimos, desta forma, a uma transferência para o exterior desses problemas que anteriormente eram exclusivos e tinham uma resolução na família. Estas alterações têm contribuído para a promoção da institucionalização das pessoas idosas e da sua saída do contexto familiar.

O aumento generalizado das pessoas idosas, e, especialmente, das pessoas muito idosas, nos países industrializados, levanta questões atuais relativamente às suas necessidades específicas, aos cuidados a prestar, bem como ao contexto familiar em que se inserem.

Os cuidados às pessoas idosas (formais e informais), assumem actualmente um papel importante, quer no que respeita ao levantamento da situação existente, quer em termos de medidas de intervenção na esfera da política social.

A família é a estrutura onde todos os membros se apoiam e reúnem esforços para a realização de várias tarefas, e as pessoas idosas não são excepção. Ao longo da historia, a função de cuidar dos seus membros mais velhos sempre esteve vinculado à família. Contudo, a família de hoje sofreu grandes alterações. Predominam as famílias nucleares, constituída por dois adultos de sexo diferente e os respectivos filhos biológicos, e as famílias clássicas constituídas só por pessoas idosas que incluem as chamadas famílias unipessoais (pessoas idosas a viver sós).

Contudo, o aumento generalizado das pessoas idosas, e, especialmente, das pessoas muito idosas, nos países industrializados, levanta questões atuais relativamente às suas necessidades específicas, aos cuidados a prestar, bem como ao contexto familiar em que se inserem, surgem assim as famílias institucionais. [23]

De acordo, com uma análise feita pelo INE, publicada em 2003, sobre a evolução das famílias institucionais e de convivência no período intercensitário 1991-2001 refere que em 2001, segundo os resultados dos Censos, cerca de 1% da população residente em Portugal, vivia em famílias institucionais, ou seja, residia num alojamento colectivo, beneficiando dos objectivos de uma determinada instituição, sob uma disciplina comum e governados por uma entidade, independentemente da relação de parentesco entre si. Esta proporção era ligeiramente mais elevada nas mulheres (1,1% do total da população feminina contra 0,8% dos homens). O peso relativo das famílias institucionais era muito diminuto, representando apenas 0,1% do total das famílias em Portugal, no mesmo ano.

Face a 1991, quer o número de pessoas residentes em famílias institucionais, quer o número destas famílias registaram aumentos bastante significativos. As pessoas em famílias institucionais aumentaram 73,3% entre os dois Censos (passando de 58 058 indivíduos em 1991 para 100 591 em 2001), enquanto que o número destas famílias aumentou 61,6% (passando de 2 399 famílias em 1991 para 3 876 em 2001).

Fruto deste aumento do número de pessoas idosas institucionalizados na nossa sociedade importa reflectir sobre os contributos que a famílias enquanto cuidador privilegiado da pessoa idosa pode e deve assumir mesmo quando opta pela institucionalização para o seu familiar.

[23] Entende-se por família institucional o conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo (INE)

A família desempenha um papel fundamental em todo o percurso de vida dos indivíduos. A análise da importância do ambiente familiar e das relações que nele se estabelecem durante a infância e juventude fazem parte dos interesses das Ciências Sociais e Humanas. Apesar disso, o estudo do tipo de relações que se estabelecem entre as pessoas idosas e os seus familiares não são ainda uma temática privilegiada. Todavia, julgamos que as interacções familiares dos indivíduos mais idosos, de uma forma geral, e daqueles que residem em instituições residenciais para pessoas idosas, se revestem de igual importância e centralidade para percebermos melhor os novos comportamentos sociais que ocorrem na nossa sociedade.

A institucionalização das pessoas idosas, como uma das consequências do envelhecimento, é o tema a abordar no próximo capitulo.

CAPÍTULO IV – Institucionalização das Pessoas Idosas e Respostas Sociais

4.1. Institucionalização

Uma das consequências do envelhecimento é a institucionalização das pessoas idosas. Na realidade, as pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora algumas pessoas idosas não sejam doentes ou dependentes, a verdade é que o avançar da idade conduz à perda progressiva de autonomia o que faz com que, parte deles, necessitem de ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades básicas.

Entende-se por "(…) institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia(s) ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família." (Pereira et al., 2012, p. 133). Quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por pessoas idosas institucionalizadas residentes (Jacob, 2002b).

De acordo com Goffman (1961), o processo de institucionalização por si só é danoso, dado o elevado controlo sobre os sujeitos, alertando para a *perda do eu*, ocasionada pela institucionalização. Conforme definição do autor as *instituições totais* ou permanentes consistem em locais de residência, onde um grupo numeroso de pessoas, em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente organizada por terceiros. São caracterizadas por se apropriar do tempo e controlar os interesses do indivíduo a ela submetidos, bem como pela tendência de *fechamento* social, numa lógica de rutura com o exterior. Nesse sentido, a essência da instituição é simbolizada pela barreira à relação social com o mundo externo. Essa essência, pode objetivar-se através da imposição de normas ou mesmo proibição em relação à liberdade de ir e vir dos sujeitos institucionalizados.

A institucionalização da pessoa idosa assume um caracter universalista de natureza homogenizante que, não comtempla serviços individualizados no respeito da sua personalidade, privacidade ou hábitos de vida. (Ribeirinho, 2005, p. 92)

A entrada de uma pessoa idosa numa instituição pode por si só constituir uma situação traumática, uma vez que implica uma ruptura relativamente com o seu espaço físico e relacional, gerando sentimentos de infelicidade, incapacidade ou maior dificuldade de adaptação, isolamento e dificuldade de comunicação com os outros.

De acordo com Pereira et al. (2012, p. 20), o lado mau da institucionalização emerge quando ela se substitui, em demasia, quando não completamente, aos contextos tradicionais de

socialização, como sejam: a família, os grupos de amigos na infância ou na terceira idade, o convívio intergeracional espontâneo, entre outros."

Dessa forma "a transição de casa para uma instituição implica muitas vezes a passagem de um ser livre e autónomo, para outro em que o sujeito tem de abdicar dos seus gostos pessoais e objectivos para se adaptar à ideia de que agora passou a ser um sujeito institucionalizado (Jacob, 2007).

Segundo Palhoto (1997) as pessoas idosas institucionalizadas têm um autoconceito mais baixo e maiores índices de depressão do que as pessoas idosas que vivem em casa própria. A razão para esta situação poderá ser o reduzido número de atividades que as pessoas idosas institucionalizadas executam em relação aos que vivem em casa; e ainda o facto de estar só no meio de tantas pessoas idosas e a reorganização da vida pessoal a que a pessoa idosa fica sujeito quando ingressa numa instituição. (Bromley, 1996).

"(…) Existem circunstâncias em que a exposição a novos ambientes físicos e sociais é tão abrupta que obriga a um intenso processo de desconstrução e construção de novos papéis sociais. Isto acontece, por exemplo, aos emigrantes, aos militares, aos presidiários, aqueles que se decidem por uma via religiosa de clausura, e também aos idosos quando institucionalizados" (Carrajo; 1999).

Este fenómeno de desconstrução/ruptura e construção social é tanto ou mais intenso na medida em que a única alternativa que se afigura para as pessoas idosas é a sua institucionalização, pois normalmente, nestes casos verifica-se uma mudança mais radical do meio físico e social, o que implica passar "por uma profunda alteração dos papéis sociais: estabelecer novas relações de amizade e de afeto, encontrar novas formas de ocupar o tempo livre, arranjar *esquemas* de manutenção das relações sociais de sempre, adaptarem-se às novas regras que sempre existem nos lares e residências. É um período intenso de profunda alteração identitária, nem sempre bem conseguida." (Pereira et al., 2012, p. 151)

Todos estes aspetos constituem uma ameaça, assumindo um impacto negativo na satisfação, da pessoa idosa, com a vida "(…) podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual." "(…) levar à perda de amor próprio, interesses e

respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior" (Fernandes, 2002, p. 48).

4.1.1 O Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa

A evolução da sociedade, as transformações ao nível do papel da família e do aumento da longevidade humana, determinaram o surgimento de iniciativas políticas na área social, nomeadamente a criação de instituições para pessoas idosas.

A criação de redes de suporte formal para o exercício do papel de prestação de cuidados é uma consequência do enfraquecimento dos laços familiares e da diminuição cada vez maior das redes naturais de suporte das pessoas idosas.

Ao desenvolver essas respostas sociais, o Estado Providência[24] torna-se, assim, o responsável pelo bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas desprotegidos e desenquadrados de uma estrutura familiar.

Desta forma, devido à crescente incapacidade da família em exercer parte das suas funções, por um lado, e o aumento da esperança de vida, pelo outro, a institucionalização de pessoas idosas transformou-se num fenómeno social cada vez mais frequente.

Podemos afirmar que o processo de institucionalização "(...) é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais" (Cardão, 2009, p. 39).

"O idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes graus de dependência devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento que são comuns no ambiente institucional." Neves (2012, p. 8).

A institucionalização das pessoas idosas em lares e residências implica quase sempre o abandono dos papéis de família de procriação (que aliás, na maioria das vezes estavam já terminados ou com reduzida importância) sobretudo papéis de pais e de avós (Pereira et.al., 2012, p. 152).

[24] "O Estado Providência tem como objetivos: produzir segurança; reduzir a incerteza e promover a regulação e a orientação socioeconómica, tem como fins: segurança, justiça, e bem-estar; e como características dominantes do aparelho do estado: dimensão progressivamente maior; organização progressivamente mais complexa, e pilotagem progressivamente mais personalizada" (Carmo & André, 2014).

Por outro lado, implica também um corte mais profundo com os papéis de família de orientação, sobretudo irmãos, sobrinhos e outros parentes mais afastados. Todavia, em sentido oposto particularmente no caso de adaptações bem-sucedidas, as pessoas da instituição (utentes e cuidadores) podem funcionar um pouco como «família de adopção», sendo frequente a criação de laços de profunda afectividade nestas condições (Pereira et.al., 2012, p. 152).

Enquanto as relações com a família de procriação e de orientação são relações de e para toda a vida; aquando da institucionalização, os afectos que se ganham sobretudo da parte dos cuidadores (*família de adopção*) são tendencialmente generalizados e não exclusivos (Relvas, 1996).

Ou seja, por mais eficaz que seja a instituição, por mais competentes e afectivos que sejam os cuidadores, o lugar dos elementos da família jamais será colmatado na integra. Logo, é necessário manter um contacto estreito com a família das pessoas idosas institucionalizadas.

A institucionalização surge, muitas vezes, tanto para a família, como para as próprias pessoas idosas, como última alternativa. A perda de autonomia física é um factor determinante para a opção do internamento e muitos das pessoas idosas que estão institucionalizados são fisicamente dependentes. À dependência física, acrescem, por vezes, outros fatores de natureza familiar que podem condicionar fortemente esta decisão (Pimentel, 2001, p. 73).

"Os cuidados aos mais velhos são percebidos como um dever familiar e o recurso a instituições sociais é interpretado como um descartar e negligenciar de uma obrigação inerente aos laços familiares" (Sousa et al, 2006, p. 83).

A institucionalização é na realidade, percebida pela comunidade e pelas próprias pessoas idosas, com algum preconceito. "Na sociedade ir para uma instituição ou, mesmo frequentar um equipamento para idosos é interpretado (também pelos idosos) como a demonstração de desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares" (Sousa et al., 2006, p. 83).

De acordo com Bruto da Costa (2007, p. 87) "quer a sociedade quer o quotidiano das pessoas estão organizados de tal modo que os idosos não têm lugar nem papel na vida social. Nos casos extremos (...) essa exclusão social pode tomar a forma de total solidão". Esta realidade resulta das profundas alterações operadas na família, onde se passou de um "(...) modelo de família alargada, em que conviviam coabitando pelo menos três gerações(...)"(Idem, 2007, p. 88) para

"(...) a família nuclear, composta por duas gerações (pais e filhos). (...) onde o idoso não cabe, não tem lugar." (Idem, Ibidem).

Apesar da institucionalização da pessoa idosa, em situação de perda funcional e de autonomia, se traduzir na obtenção de ganhos, em termos da sua qualidade de vida é importante não negligenciar o papel da família.

A este respeito, Pimentel (2001), no seu estudo sobre a institucionalização da pessoa idosa, afirma que a maioria dos lares para pessoas idosas não tem em consideração os desejos e motivações dos utentes, pois limitam-se a dar resposta às necessidades fisiológicas, esquecendo-se dos de nível social e afectivo.

Por sua vez, Diener (2000) refere que as pessoas que apresentam maior satisfação com a vida são aquelas que possuem maior suporte afectivo.

O bem-estar e "a qualidade de vida dos idosos institucionalizados dependerá, primeiramente, do acolhimento na instituição e, de seguida, do convívio de pessoas próximas (familiares ou amigos), nisto de forma a evitar o estado de solidão e isolamento que muitos vivenciam" (Neves, 2012, p. 7).

Desta forma, é importante, que estando a pessoa idosa institucionalizada mantenha os laços com a família, devendo esta última considerar a importância que tem para a pessoa idosa.

A institucionalização surge, muitas vezes, tanto para a família, como para as próprias pessoas idosas, como última alternativa. Para tal, importa abordar as politicas públicas de velhice implementadas no nosso país, e quais as principais respostas disponibilizadas para a população idosa. Esta matéria será analisada no ponto seguinte.

4.2 Políticas Sociais de Velhice em Portugal

Foi nos anos 90, do século passado, que surgiram as primeiras mudanças nas politicas sociais, nomeadamente na área da terceira idade, com as quais se pretende melhorar o acesso, e qualidade do sistema de cuidados, contribuindo para uma maior universalização.

Por políticas sociais[25] de velhice entende-se o "conjunto das intervenções públicas, ou acções colectivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade" (Fernandes, 1997, p. 22).

Estas intervenções estão enquadradas na ação do Estado Providência que se estrutura como (…) "estabilizador político-social e garante aos indivíduos os direitos sociais " (Vaz, 2008, p.64). Importa recordar que o Estado-Providência surge com a emergência dos problemas económicos e sociais que resultaram da revolução industrial.

As políticas sociais de velhice[26] em Portugal estão assentes na implementação de instrumentos de apoio essencial ao bem-estar dos indivíduos, modificando as consequências do mercado sobre a disponibilidade de recursos na velhice, providenciando bens e serviços essenciais à satisfação das necessidades das pessoas nessa condição" (Carvalho, 2012).

Até ao século XX[27], o apoio social aos mais velhos "(…) era assegurado pela solidariedade familiar ou pela caridade de particulares ou de instituições religiosas" (Ribeirinho, 2005, p.71).

Em Portugal, a preocupação com o apoio social às pessoas idosas surge muito tardiamente, numa altura em que nos países mais avançados da Europa começavam já a colocar em causa o próprio modelo de Estado Providência. "É com a Constituição de 1976 que se consagram as condições para a universalização do direito a uma reforma de velhice, e se reconhece socialmente esta fase da vida como a *Terceira Idade*, identificando-se assim a velhice como categoria social autónoma" (Cardoso et al, 2012, p.613).

A velhice surge com novos contornos[28], definidos a partir da identificação dos problemas e a necessidade de integração e de participação na comunidade surgirão como as novas preocupações em termos de futuras políticas de velhice (Fernandes; 1997, p.145).

[25] Podemos definir Política Social, "como um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida" (Carmo & André, 2014, p. 40).

[26] Segundo Anne Marie Guillemard " (…) podem considerar-se três dimensões principais nas políticas de velhice: as políticas de protecção social materializadas principalmente nas políticas e regimes de pensões, as políticas de cuidados sociais e nas políticas sociais dirigidas especialmente aos trabalhadores idosos" (Citado por Correia, 2003, p.36).

[27] "Até ao século XIX eram poucas as pessoas que atingiam a idade avançada, pelo que a velhice não era considerada um problema social que suscitasse preocupação ou reflexão.(…) (Ribeirinho, 2005, p. 71).

[28] De acordo com o artigo 63.º da Constituição de 1976: "O Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade".

O efeito destas normas legislativas surge a partir de 1978. (…) constata-se que a proteção social aos idosos, por parte do Estado, não se restringe apenas ao apoio económico sob a forma de prestações pecuniárias, de modo a garantir as condições mínimas de sobrevivência. Efetivamente começa-se a denotar uma preocupação, até então

Efetivamente, nas últimas décadas, temos assistido a um crescente envelhecimento populacional, bem como, de uma maior prevalência de doenças crónicas incapacitantes associadas a essa maior longevidade.

De acordo com Kane & Kane[29] "o crescimento das gerações mais velhas é o principal responsável pelo aumento da necessidade de serviços de longa duração, que permitem intervir no problema da dependência"(Paúl, 2012, p. 274).

Para além da preocupação em atualizar periodicamente as pensões, de forma a manter e, se possível, melhorar o poder de compra da população idosa, assistiu-se também a uma preocupação em alargar e aperfeiçoar as redes de equipamentos sociais de proteção à população idosa (Cardoso et al, 2012, p.615).

As alterações efetuadas no quadro da política social, bem como o crescente envelhecimento populacional, refletem o alargamento da rede de instituições de acolhimento para pessoas idosas (5) (Ribeirinho; 2005).

Até este ponto temos abordado a questão das políticas sociais serem fundamentalmente ações públicas, mas estas não podem ser consideradas uma exclusividade do Estado. Em Portugal, ao abrigo dos protocolos de cooperação, a acção social é maioritariamente realizada e promovida por entidades privadas, nomeadamente, Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)[30].

Até 1979, os cuidados prestados às pessoas idosas eram sobretudo realizados por instituições de cariz religioso. De acordo com Teixeira[31] em Portugal, "existiam 323 misericórdias, 138 centros paroquiais, 142 fundações, 141 instituições denominadas *património dos pobres* e 393 instituições de outro tipo (Carvalho, 2012, p.96).

Atualmente essa prestação ainda se mantém nas mais de 500 Misericórdias existentes no país. Na Região Autónoma da Madeira são cinco, mas apenas quatro é que estão no exercício pleno das suas atividades e prestam nesta área de apoio à população idosa, um papel muito importante.

praticamente inexistente, em desenvolver infraestruturas de apoio ao idoso que favorecessem a sua integração e participação na sociedade"(Cardoso et al, 2012, p.614).

[29] Kane R. & Kane, R. (2001). Emerging issues in chronic care", in R. Binstock, L. George, S. Cutler, J. Hendricks, J. Schulz (eds), Handbook of Aging and the Social Sciences, 5th Ed. Van Nostrand Reinhold Co, New York; 406-425.

[30] Foi com a publicação do Decreto-lei, nº460 de 7 de novembro de 1977, que as instituições de solidariedade social constituíram-se como uma espécie de pessoas coletivas de utilidade pública.

[31] Teixeira, A. (1996), As Instituições Particulares de Solidariedade Social , Aspetos da Evolução do Seu Regime Jurídico, Documentos Temáticos 11, Direcção-Geral da Ação Social, Núcleo da Documentação Técnica e Divulgação.

Este trabalho foi desenvolvido, na Santa Casa da Misericórdia de Machico, como iremos abordar mais à frente neste documento.

4.3 Principais Repostas Sociais

Foi com a publicação do decreto lei nº519-62, de 29 de dezembro em 1979, que foi revogado o princípio implícito no decreto lei nº 35108, de 1945, que diferenciava a assistência religiosa da assistência social. "A mesma lei definia o conceito de IPSS como instituições privadas sem fins lucrativos, criadas por iniciativas de particulares com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos facultando serviços ou prestações de segurança social" Este conceito foi reformulado mais do que uma vez e a sua actividade foi normalizada com a criação dos acordos de cooperação[32] estabelecidos entre o Estado e as IPSS. Nestes acordos[33] foram definidas as regras de funcionamento e regulação de conflitos entre as IPSS e a Segurança Social e a cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social e as IPSS (Carvalho, 2012).

Assim, a acção social, maioritariamente exercida por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ou por outros organismos privados, apoiados pelo Estado, mediante acordos de cooperação, estimulou a criação e remodelação de serviços e equipamentos que correspondessem às necessidades específicas das pessoas idosas.

Segundo Carvalho, (2013, p. 95) as "políticas sociais dirigidas às pessoas idosas e em situação de dependência são de três tipos: Prestações sociais; Respostas sociais que se subdividem em serviços e em equipamentos; Programas e medidas, que podem ser transversais ou específicos". Neste trabalho de investigação vamos abordar as respostas sociais ao nível dos Equipamentos identificados por Carvalho: Lar de idosos; Residência; Centro de Dia; Centro de Convívio; Centro de Noite; Unidades de Apoio Integrado (UAI)., com especial enfoque no Lar de Idosos atualmente designado por Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)[34], segundo a Carta Social de 2015.

[32] Despachos normativos nº118, de 8 de agosto de 1984 e nº12, de 12 de março de 1988)

[33] Segundo Martin & Brandão (2012), os acordos de cooperação podem assumir duas formas; típicos (modelos mais comuns de respostas sociais e nas principais valências existentes) ou atípicos (estes implicam um maior financiamento e são celebrados quando a instituição tem objetivos e não se enquadram nas principais valências existentes, ou seja, representam respostas socias que pretendem responder à situações inovadoras e específicas) (disponível em www2.segsocial.pt).

[34]ERPI, nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações lar de idosos e residência para idosos, nos termos da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. (Carta Social, 2015, p.62)

De acordo com o documento publicado pela Segurança Social, o qual apresenta uma descrição da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais existentes no Continente português, podemos identificar três tipos de respostas sociais, no âmbito da Rede Social de Equipamentos Sociais (RSES) dirigidas às pessoas idosas: A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas[35] (ERPI), o Centro de Dia[36] e o Serviço de Apoio Domiciliário para idosos [37](SAD).

As respostas destinadas a esta população-alvo visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência da pessoa idosa e este se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição, para além da satisfação das actividades da vida diária (AVD) e as actividades instrumentais da vida diária (AIVD) dos utentes (Carta Social, 2015, p.31).

4.3.1 Evolução das Respostas Sociais dirigidas à População Idosa em Portugal (Continente Português)

Entre 2000 e 2015, as respostas dirigidas às pessoas idosas apresentaram um desenvolvimento positivo na ordem dos 57%, sobretudo ao nível do SAD (71%) e ERPI (66%).

Dos vários serviços disponíveis à população idosa, há que destacar o SAD que no ano de 2015 contabilizou mais de 2700 unidades, constituindo a resposta com maior expressão no âmbito da RSES.

No que diz respeito à resposta ERPI, o seu aumento tem sido igualmente contínuo, sendo que, em 2015, atingiu as 2418 respostas.

Em relação à capacidade instalada, entre os anos de 2000 e 2015 registou-se um crescimento 72 % no período em análise, e na entrada em funcionamento de mais de 111 000 novos lugares, desde 2000.

[35] Estrutura Residencial para Pessoas Idosas- estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (Carta Social, 2015, p. 61)

[36]Centro de Dia - Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar (Carta Social, 2015, p. 62)

[37] Serviço de Apoio Domiciliário- Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária (Carta Social, 2015, p.61)

O aumento da oferta em SAD é revelador do alargamento de serviços de apoio às pessoas idosas nos últimos quinze anos. O SAD constituía a resposta, em 2015, com maior capacidade no âmbito do apoio às pessoas mais idosas, com mais de 108 mil lugares disponíveis, o que representa mais de ⅓ do total de lugares em respostas para pessoas idosas.

Quanto à taxa de cobertura das respostas de apoio à população idosa tem evoluído de forma positiva. Em 2015, a taxa de cobertura média no Continente das principais respostas dirigidas às pessoas idosas fixou-se em 12,9 %. O aumento acelerado da população com 65 ou mais anos tem condicionado o crescimento da taxa de cobertura destas respostas, apesar do significativo alargamento do número de lugares (mais de 111 000 novos lugares, desde 2000).

Em termos da distribuição territorial das respostas dirigidas à população idosa, o interior do país, visivelmente mais envelhecido, evidencia uma cobertura mais elevada que os concelhos do litoral.

A utilização das respostas dirigidas às pessoas idosas tem vindo a registar uma quebra no período em análise (2000-2015), situando-se abaixo de 80 % em 2015, à exceção da resposta ERPI que apresentava, em 2015, níveis de ocupação em torno de 92 %. Este facto pode ser em parte justificado pela crise económica vivida no nosso país nos últimos anos, a qual teve impactos diretos na gestão familiar.

Em 2015, a taxa de utilização média, no Continente português, das principais respostas para esta população-alvo foi de 77 %.

Em termos globais podemos afirmar que o aumento da oferta dos serviços e respostas sociais à população idosa disponibilizada no Continente português não foi acompanhada, ao mesmo ritmo pela procura.

4.3.2 Respostas Sociais na Região Autónoma da Madeira (RAM)

Na Região Autónoma da Madeira (RAM) os dados referentes à Rede de equipamentos e serviços socais no âmbito da Segurança Social e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS´s) reportam-se ao ano de 2013 e a 31 de dezembro de 2013. O documento *Carta Social 2013 - Rede de equipamentos e serviços sociais no âmbito da Segurança Social na RAM* "pretende ser uma atualização dos levantamentos efetuados em 2001, 2003 e 2008. Este documento tem por objetivo retratar, numa base territorial regional, as respostas sociais, no âmbito da segurança social, assim como proceder a uma caraterização geral das mesmas. Consubstancia-se como um instrumento global que contem a informação mais relevante sobre

os serviços e equipamentos de ação social, acompanhados pelo Instituto de Segurança Social da Madeira, IP -RAM (ISSM, IP-RAM) (Carta Social, 2013, p.5).

No âmbito da ação social, as respostas sociais, podem traduzir-se em equipamentos e serviços sociais. "Os equipamentos sociais correspondem a estruturas físicas onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem diretamente junto dos utentes (lares, centros de convívio, centros de dia, centros comunitários, entre outros); enquanto a prestação de serviços sociais é entendida como forma de apoio a pessoas, famílias ou grupos sociais mais carenciados" (Carta Social, 2013, p.05).

Quadro 5 - Serviços e Equipamentos Sociais, dirigidos à população idosa, no âmbito da Segurança Social na RAM

Respostas Sociais	Definição
Centro de Convívio	Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sociorrecreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas de uma comunidade.
Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.
Centro de Dia/ Convívio	Resposta social, desenvolvida em equipamento, preparado para funcionar integralmente como um Centro de Dia, mas, por motivos ligados à disponibilidade dos utentes, funciona com base nas necessidades destes. Assim, tem um grupo de pessoas idosas que auferem da resposta centro de dia, com refeições incluídas, e outro que comparece apenas numa parte do dia (manhã ou tarde), o que corresponde às atividades desenvolvidas em Centro de Convívio.
Residência para Idosos	Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.
Lar de Idosos	Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados retirados da Carta Social da RAM 2013

Na sua globalidade na RAM, as respostas sociais disponibilizadas à população idosa, resumem-se a lares para pessoas idosas; residência para pessoas idosas, centros de convívio, centros de dia, centros de dia/convívio. No ano de 2013, estas respostas beneficiaram 1591 pessoas idosas na RAM.

Quadro 6 – Respostas Sociais na RAM, por tipo de gestão

Respostas Sociais para Idosos	Gestão Particular	Gestão Pública	Total
Lares para Idosos	20	6	26
Residência para Idosos	4	0	4
Centros de Convívio	18	8	26
Centros de Dia	12	4	16
Centros de Dia/Convívio	8	5	13

Fonte: Carta Social da RAM 2013

As respostas sociais para pessoas idosas podem assumir dois tipos de gestão; particular e pública. São 85 estruturas desenvolvidas na RAM, cujo principal objectivo é acolher a pessoa idosa, de forma temporária ou permanente.

Destas, podemos destacar a resposta social: Lares para idosos. Segundo a Carta Social de 2013, existiam na RAM 26 lares de idosos, 19 dos quais geridos por instituições particulares de solidariedade social (IPSS) ou equiparadas, 6 pelo ISSM, IP-RAM e 1 por uma entidade privada com fins lucrativos.

Na RAM, a distribuição dos lares acompanha a localização da população residente, sendo que o concelho do Funchal detém o maior número de respostas desta natureza (10), seguindo-se os concelhos de Santa Cruz e Machico com 3 lares de idosos, respectivamente. Há que realçar o fato dos 11 concelhos da Região Autónoma disponibilizarem à população idosa pelo menos um equipamento com estas características.

No ano de 2017, o segundo concelho com maior número de população residente (Câmara de Lobos) viu a sua capacidade aumentada com a inauguração de uma nova estrutura de lar de idosos no concelho, no dia 27 de março do respectivo ano.

Figura 1 - Número de Equipamentos – Lares para pessoas idosas na RAM

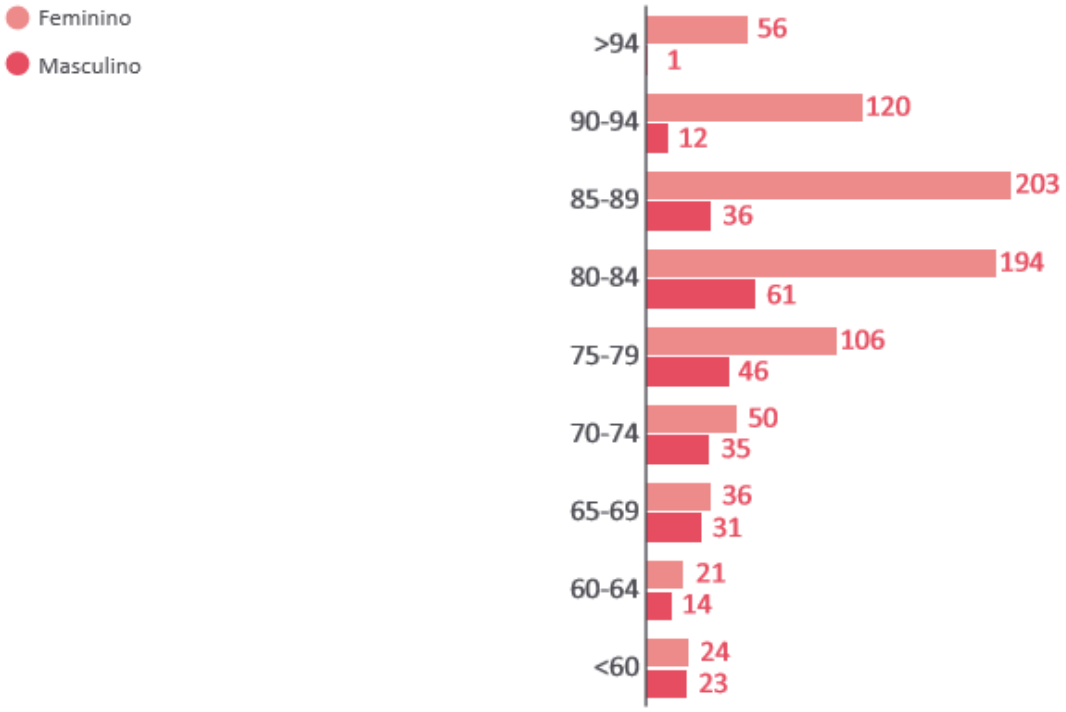
No que concerne ao ano de entrada em funcionamento dos lares de idosos na RAM, o número mais significativo reportava-se aos anos 2000 (4) e 1996 (2). A resposta mais antiga incidia no ano de 1955 e a mais recente no ano de 2017 (Lar de Câmara de Lobos).

Só no ano de 2000, abriram quatro novos lares de idosos na Região Autónoma da Madeira, um dos quais é a Santa Casa da Misericórdia de Machico, inicialmente com capacidade para 60 pessoas idosas e actualmente disponibiliza 77 vagas para pessoas idosas residentes ou não no concelho de Machico.

Dos 26 lares para pessoas idosas existentes na Região, apenas 2 se apresentam com esta valência. A grande maioria dos lares de idosos tinha outras respostas dentro do mesmo equipamento. A maioria dos lares da RAM dirigiam-se a pessoas idosas do género feminino e masculino, ou seja, uma tipologia de lar misto. Existia apenas 1 lar de tipologia feminina.

No ano de 2013 foram acompanhados 1402 pessoas idosas e em dezembro do mesmo ano encontravam-se nos lares 1069 pessoas idosas .

Gráfico 2 - Pessoas idosas residentes em Lar, segundo o género e o grupo etário, na RAM (31-12-2013)



Fonte: Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, 2013, p. 168

Os grupos etários mais significativos no género feminino incidiam nos 85-89 anos (203) e nos 80-84 anos (194). Quanto ao género masculino, o grupo etário mais representativo incidia nos 80-84 anos (61), seguido dos 75-79 anos (46).

Para além do alojamento e da satisfação das necessidades básicas dos utentes, a maioria dos lares proporcionam à população idosas actividades socio-recreativas das quais podemos destacar passeios, actividades de cariz religioso, desportivas/ginástica (20) entre outras, tais como, as de ocupação, informática e intercâmbios entre instituições, entre outras.

De acordo com a Carta Social de 2013, os cuidados de saúde eram bastante representativos nos lares de idosos da RAM, conforme podemos constatar no quadro acima. A quase totalidade dos lares possuía apoio médico (21) e todos os lares tinham cuidados de enfermagem (24). A terapia

ocupacional era o cuidado de saúde em menor número e outros cuidados referiam-se a acompanhamento psicológico e nutrição.

Segundo dados gentilmente cedidos pelo Instituto de Segurança Social da Madeira, o número de pessoas idosas institucionalizados têm vindo a aumentar gradualmente desde o ano de 2001 até à presente data.

Os dados abaixo apresentados reflectem um aumento na ordem dos 15% em comparação com o período anterior.

Quadro 7- Nº de Pessoas institucionalizados na RAM

Ano	2001	2003	*2008*	*2013*	*2016*
TOTAL	866	933	1042	1069	1273

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponibilizados pela ISSM

Só no ano de 2016, foram contabilizadas 1273 pessoas idosas institucionalizadas nos 26 lares existentes na Região Autónoma da Madeira. Globalmente, o maior número de pessoas idosas institucionalizadas são do sexo feminino (968) e os restantes do sexo masculino. Em relação ao escalão etário mais predominante, é o compreendido entre os 80 e os 89 anos, o qual representa cerca de 50 % da população idosa institucionalizada na Região Autónoma da Madeira.

Quadro 8 -Número de pessoas idosas institucionalizadas na RAM, no ano de 2016, por grupos etários (31 dezembro)

Grupos Etários	Masculino	Feminino	*Total*
< 60	25	24	***49***
60-64	24	29	***53***
65-69	26	32	***58***
70-74	35	73	***108***
75-79	53	152	***205***
80-84	70	251	***321***
85-89	45	243	***288***
90-94	21	120	***141***
≥ 95	6	44	***50***
Total	***305***	***968***	***1273***

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponibilizados pela ISSM

O financiamento dos lares de idosos na RAM, geridos por IPSS`s, incidia fundamentalmente na comparticipação dos utentes (18) e em acordos de cooperação com o ISSM, IP-RAM (17).

Gráfico 3 - Lares de pessoas idosas geridos por instituições particulares segundo as fontes de financiamento na RAM

Fonte: Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, 2013, p. 172

Concluído o enquadramento teórico do trabalho, vamos proceder à apresentação dos princípios metodológicos adoptados, bem como, os principais resultados desta investigação.

CAPÍTULO V – Metodologia

5.1 Metodologia

A elaboração de um projecto de investigação necessita de estar assente num planeamento cuidadoso, com reflexões conceituais, sólidas e alicerçadas em conhecimento e experiência assimilada.

Um processo de investigação social ou de outras esferas do saber caracteriza-se por diferentes abordagens ou paradigmas relacionados a um dado contexto (Coutinho, 2014). A metodologia consiste na "(…) escolha de um método e de uma técnica de colheita de análise de dados" (Fortin et.al, 2009, p.214). Tendo por base os objectivos propostos, a nossa investigação será abordada sob o enfoque da pesquisa quantitativa, através da utilização do questionário para recolha de dados com o principal objectivo de aferir as relações familiares no processo de institucionalização das pessoas idosas na Santa Casa da Misericórdia de Machico.

Passamos a descrever os aspectos a desenvolver nesta etapa, tais como o tipo de estudo, a definição da amostra, o instrumento de colheita de dados, a consideração dos aspectos éticos, e o tratamento estatístico dos dados.

5.2- Objectivos e conceptualização do projecto de investigação

O tema da institucionalização da pessoa idosa é um fenómeno crescente nos tempos actuais e coloca inúmeras interrogações e dúvidas. A sociedade e todos os seus agentes sociais estão a ser alvo de uma profunda mudança, e como tal as relações sociais e humanas estabelecidas entre os membros de uma família, estão diferentes.

A literatura e a vivência quotidiana referem que o apoio da família e a manutenção dos laços familiares, aquando e durante a institucionalização, influem sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, contribuem para sua estabilidade emocional e para a sua integração plena na instituição. Contudo, o comportamento das famílias, aquando da institucionalização da pessoa idosa, nem sempre é uniforme e, em alguns casos, apresenta comportamentos díspares.

Em termos sociais, entendemos que a pertinência da escolha do tema das relações familiares no processo de institucionalização das pessoas idosas na SCMM, pode ser entendida no âmbito de uma contribuição para melhor compreender o processo de envelhecimento, a rede social pessoal da pessoa idosa e a sua institucionalização.

Desta forma pretendemos compreender como a manutenção de laços familiares após a institucionalização contribui para o processo de integração e bem-estar da pessoa idosa numa unidade residencial?

Para responder a esta pergunta, partimos do princípio que nas situações em que a família acompanha o processo de institucionalização do seu familiar, mantém contactos regulares, e assume um papel ativo e participativo na instituição em que o seu familiar está internado, facilita o processo de integração da pessoa idosa na instituição e contribui para o seu bem-estar. Para ajudar a responder a esta pergunta de partida elegemos os seguintes objectivos como estratégicos neste trabalho de investigação:

Objectivos:

- Caraterizar a rede social pessoal da pessoa idosa institucionalizada;
- Identificar o tipo de apoio prestado pelos diferentes elementos da rede social pessoal à pessoa idosa institucionalizada;
- Compreender de que forma é que a rede pessoal social contribuiu para o bem-estar e integração social da pessoa idosa institucionalizada;
- Conhecer a relação e o vínculo entre as pessoas idosas institucionalizadas e as pessoas com que se relacionam;
- Compreender de que forma a instituição se organiza, desenvolve estratégias e mobiliza recursos, no sentido de promover as condições, que favoreçam e incentivam o reforço das relações familiares;
- Analisar a vivência institucional quotidiana das pessoas idosas, as interacções que estes estabelecem entre si, com os seus familiares e com a própria instituição;
- Identificar o tipo de contacto, a frequência e o grau de satisfação das relações que são estabelecidas com as pessoas idosas institucionalizadas;
- Compreender se a institucionalização da pessoa idosa contribuiu para alterações ao nível do tamanho e da composição da rede.

5.3 Local do Estudo: SCMM

A Santa Casa da Misericórdia de Machico, instituída por carta de Lei de 27 de Julho de 1508, foi fundada a 4 de Julho de 1529. Esta instituição de solidariedade social sobreviveu a vários séculos de história. Dos últimos quatrocentos anos há que registar o aluvião de 9 de outubro de 1803, que ao arrastar para o mar a capela da Misericórdia, e casa anexa, fez desaparecer todo o

espólio histórico da instituição, informação indispensável para traçar uma resenha histórica da Misericórdia de Machico.

Fragilizada pelo aluvião através da perda dos seus edifícios e registos das restantes propriedades, no ano de 1835 assiste-se à extinção da Irmandade. A partir daí, foram muitos os anos de inactividade e só se ergue na década de 50, em pleno século XX. A partir deste período a Santa Casa da Misericórdia de Machico passa novamente a assumir um papel muito relevante no concelho de Machico. Atenta às necessidades da população, aposta na criação de uma maternidade em Machico, a 23 de Outubro de 1954.

Por mais de vinte anos a actividade da Santa Casa da Misericórdia de Machico esteve ligada à prestação de cuidados de saúde que, para além da maternidade, oferecia assistência às pessoas idosas no seu domicílio.

A conjuntura política da Revolução de Abril conduz ao afastamento do Provedor. Um vazio de liderança e as novas orientações políticas, em 1975, foram factores essenciais para causar a desmobilização de muitos associados. Nesse mesmo ano, a progressiva estruturação do Serviço Nacional de Saúde, a qual pressuponha uma política unitária e global, levou ao encerramento da maternidade da SCMM.

Por alguns anos o espírito de solidariedade ficou como que adormecido no concelho de Machico, voltando a dar frutos na década de oitenta. Em 1985, é formada uma nova comissão composta por pessoas ligadas ao concelho e com enorme vontade de trabalhar para voltar a erguer uma instituição secular.

A prioridade foi definir os novos estatutos da instituição, os quais assentavam na importância do associativismo e abertura à comunidade. Na posse deste novo documento, a comissão procurou revitalizar a sua função num papel social mais activo, reconvertendo os seus valores materiais em prol da criação de um Lar e Centro de Dia para a terceira idade.

O objectivo estava definido e a partir daqui levaram a cabo várias iniciativas com vista à sua concretização. A 20 de Fevereiro de 1994, recebem a cópia da escritura de um terreno para a instalação do Lar e Centro de Dia doado pela autarquia. Para além da Câmara Municipal, iniciaram-se um conjunto de contactos junto do Governo Regional com o objectivo de despertar as entidades governamentais para a necessidade de construir uma infra-estrutura modelar para prestar apoio à terceira idade, dando inicio ao projecto e construção do edifício. Finalmente, a 23 de Setembro de 2000, tem lugar a inauguração do Lar Intergeracional da SCMM.

Contudo, a actividade desta obra não se esgotou no apoio exclusivo à Terceira Idade. A direcção foi ao encontro dos mais novos e num só edifício juntou duas gerações de vida que se relacionam muito bem. Assim, no dia 1 de Fevereiro de 2001, iniciou-se a actividade do jardim-escola com 22 crianças. Concluídas estas valências, a aposta foi na criação de um Centro Médico e de Reabilitação que desde o mês de Outubro de 2002 presta cuidados de saúde, em diferentes especialidades, à população.

Desde então, milhares de pessoas já beneficiaram do apoio desta instituição. Uma Misericórdia que se mantém viva e activa graças à capacidade de trabalho dos seus associados que ao longo de muitos anos não se deixaram vencer pelas dificuldades.

A Santa Casa da Misericórdia de Machico é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que presta um leque de serviços à comunidade, desde os mais novos com o Infantário, até aos mais idosos com o Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio. Presta ainda apoio às famílias residentes no Bairro da Bemposta através do Centro Comunitário e à população em geral através da prestação de cuidados de saúde no Centro Médico e de Reabilitação, o qual disponibiliza consultas médicas, meios complementares de diagnóstico, medicina física e de reabilitação e cuidados de enfermagem.

5.4 População Alvo / Amostra

A população alvo do presente trabalho de investigação é constituída por todas as pessoas idosas institucionalizadas na Santa Casa da Misericórdia de Machico, ou seja, 77 pessoas.

Para levar a cabo os objectivos anteriormente definidos, optamos por utilizar uma amostragem não probabilística. A amostra populacional, é um "subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população e por população entende-se "uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios (Fortin et al., 2009, p.110).

Para participar neste estudo foram definidos os seguintes critérios de inclusão: institucionalizado há pelo menos 60 dias; a pessoa idosa recebe visitas ou outras formas de contacto, pelo menos uma vez por mês; concordância da pessoa idosa em participar nesta investigação; possuir capacidades cognitivas e comunicativas;

Aplicados estes critérios para definir a amostra, foram identificadas 28 pessoas idosas institucionalizadas na Santa Casa da Misericórdia de Machico, as quais na sua globalidade

reúnem as condições determinadas para participar neste projecto de investigação. Este número representa 36% da população residente na instituição.

5.5 Instrumentos de Colheita de Dados

Um processo de investigação social ou de outras esferas do saber caracteriza-se por diferentes abordagens ou paradigmas relacionados a um dado contexto (Coutinho, 2014). A metodologia consiste na "(…) escolha de um método e de uma técnica de colheita de análise de dados" (Fortin et.al, 2009, p.214). Tendo por base os objetivos propostos, a nossa investigação será abordada sob o enfoque da pesquisa quantitativa, através da utilização do questionário para recolha de dados com o principal objectivo **compreender como a manutenção de laços familiares após a institucionalização contribui para o processo de integração e bem-estar da pessoa idosa numa unidade residencial.**

Segundo Bisquerra os métodos de investigação "constituem o caminho para chegar ao conhecimento científico, sendo o conjunto de procedimentos que servem de instrumentos para alcançar os fins da investigação" (1989, p.55).

Para recolher a informação que nos permitirá fazer uma caracterização sociodemográfica das pessoas idosas institucionalizadas, será utilizada a base de dados existentes na instituição com este registo e o inquérito aplicado às pessoas idosas. Algumas informações clínicas foram obtidas através da consulta dos processos clínicos das pessoas idosas.

Para melhor compreender as características das redes sociais pessoais foi utilizado, com uma ligeira adaptação, o Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP). Segundo Guadalupe (2009), é um instrumento multidimensional que pretende reunir informação da rede social pessoal do inquirido. Através desta ferramenta, é possível caracterizar a rede quanto ao tamanho, composição, frequência de contactos, dispersão geográfica, entre outros. Permite ainda identificar o tipo de apoio (emocional; instrumental/financeiro; informativo; companhia social; e acesso a novos contatos) percecionado pelo inquirido em relação à sua rede social pessoal.

Para compreender como é que a instituição está organizada, foram consultados todos os documentos estratégicos da instituição nomeadamente o Compromisso, Regulamento Interno, Plano e Relatório de Actividades.

A opção pela utilização do questionário para recolha de dados pareceu-nos ser a mais adequada uma vez que, na perspectiva de Quivy & Campenhoudt (2008), o questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio. Neste caso, o recurso à aplicação do inquérito irá reunir mais informação sobre as pessoas idosas institucionalizadas.

De um modo geral foram adoptadas as seguintes técnicas de recolha de dados: observação (não estruturada, registo do que for observado no campo, notas de campo extensivas); análise documental e portefólios.

No presente estudo foram contempladas as variáveis sociodemográficas e da rede social pessoal. A variável Rede Social Pessoal foi analisada em função das seguintes dimensões; Dimensão estrutural (tamanho da rede); Dimensão funcional (tipo de apoio prestado); Dimensão relacional contextual (frequência de contactos e grau de satisfação).

5.6 Tratamento e análise de informação

O tratamento de informação pode ser entendido como "(..) um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados que possibilitem uma comparação posterior, (…)" (Coutinho, 2014, p.217).

Os dados recolhidos foram tratados, através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), segundo a estatística descritiva, através da aplicação do inquérito. Utilizamos sobretudo uma análise bivariada, frequências absolutas, frequências relativas e médias.

5.7. Questões de Ética na pesquisa

Para levar a cabo qualquer tipo de investigação existe um conjunto de princípios éticos que devem ser salvaguardados e assegurados pelo investigador.

Para o desenvolvimento desta investigação, independentemente dos aspetos abordados (pessoais, sociais, económicos) serão respeitados os direitos das pessoas, bem como salvaguardados os seguintes princípios éticos, (Fortin, et al. 2009, p.186).

Respeito pelo consentimento livre e esclarecido; O respeito pelos grupos vulneráveis; O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; O equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; Redução dos inconvenientes; Otimização das vantagens.

CAPÍTULO VI- Apresentação e Discussão de Dados

6.1- Perfil dos participantes no estudo

Os participantes no estudo são 28 indivíduos com idade média de 79 anos, sendo de 81 para as mulheres e 75 anos para os homens. Esta amostra representa cerca de 36% da população residente no Lar Agostinho Cupertino da Câmara.

Em relação ao género, 20 inquiridos são do sexo feminino (71,4%) e 8 do sexo masculino (28,6%).

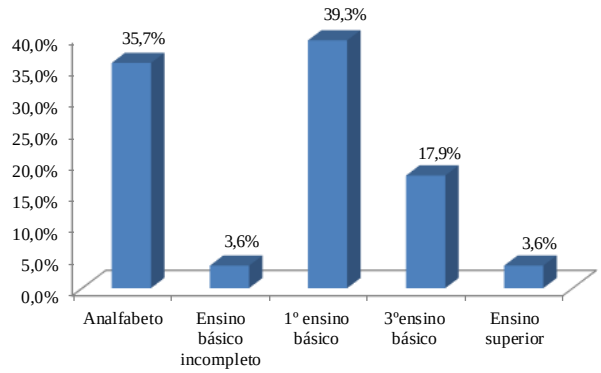
Numa análise mais detalhada por grupo etários, através da observação do Quadro nº 9, constata-se que 32,1% (9) dos inquiridos situam-se entre os 80 e os 84 anos, seguindo-se o grupo entre os 70 e os 74 anos (17,9%). De salientar ainda que 3 dos inquiridos têm 90 e mais anos (10,7%).

Quadro 9- Grupo etário das pessoas idosas

Grupo etário	Frequência	%
60 - 64 anos	2	7,1
65 - 69 anos	1	3,6
70 - 74 anos	5	17,9
75 - 79 anos	4	14,3
80 - 84 anos	9	32,1
85 - 89 anos	4	14,3
90 e mais anos	3	10,7
Total	**28**	**100,0**

Relativamente às habilitações literárias, observa-se que 39,3% dos inquiridos têm o 1.º ensino básico e que 35,7% são analfabetos. De salientar ainda, que 3,6% (1 inquirido) tem o ensino superior.

Gráfico 4 - Habilitações literárias das pessoas idosas



Do total da amostra, 96,4% são de nacionalidade portuguesa e 3,6% inglesa.

Relativamente ao estado civil, a grande maioria é viúvo (60,6%). O número de solteiros coincide com o número de casados (17,9%), registando-se um reduzido número de divorciados (somente 1).

Quadro 10 – Estado Civil das pessoas idosas

Estado civil	Frequência	%
Solteiro	5	17,9
Casado	5	17,9
Viúvo	17	60,6
Divorciado	1	3,6
Total	**28**	**100,0**

Do total dos inquiridos viúvos (17), cerca de 24% o é há menos de 5 anos. De registar ainda que (29,4%) é viúvo há mais de 28 anos.

No que respeita à profissão anterior à reforma, a maioria era doméstica (32,1%), seguindo-se os funcionários públicos (14,3%).

Quadro 11 – Profissão anterior das pessoas idosas

Profissão	Frequência	%
Agricultor	2	7,1
Ajudante de Lar	1	3,6
Assistente operacional	1	3,6
Bombeiro	1	3,6
Carpinteiro	1	3,6
Comerciante	1	3,6
Costureira	1	3,6
Doméstica	9	32,1
Empresário	1	3,6
Fotojornalista	1	3,6
Funcionário público	4	14,3
Guia Turistica	1	3,6
Motorista	1	3,6
Operário	1	3,6
Professor	2	7,1
Total	**28**	**100,0**

Importa referir que 53,6% dos inquiridos mencionaram que a sua profissão implicava lidar com muitas pessoas, 37,5% com poucas pessoas e 10,7% com quase ninguém.

Em relação ao concelho/região/país de proveniência, 35,7% são naturais do concelho de Machico e 25,0% do Funchal. De referir ainda, que 14,3% (4 pessoas idosas) são oriundos de outro país.

Quando questionados onde desenvolveram grande parte da sua vida ativa, 35,1% das pessoas idosas referiram no Funchal, 25,0% em Machico e em outro país 25% (7 pessoas idosas).

6.2 – Rendimento e gestão do património

No quadro seguinte podemos observar o rendimento mensal dos inquiridos. Saliente-se que metade das pessoas idosas tem uma remuneração entre 500 a 1000 euros por mês.

Quadro 12 – Rendimento mensal das pessoas idosas

Rendimento mensal	Frequência	%
Inferior a 500 euros	11	39,3
Entre 500 a 1000 euros	14	50,0
Entre 1001 a 1500 euros	2	7,1
Entre 1501 a 2000 euros	1	3,6
Total	**28**	**100,0**

Analisando a distância geográfica entre o lar e a sua residência anterior, 39,3% (11pessoas idosas) viviam entre 21 a 30 km do lar e 35,7% (10 pessoas idosas) viviam até 10 km.

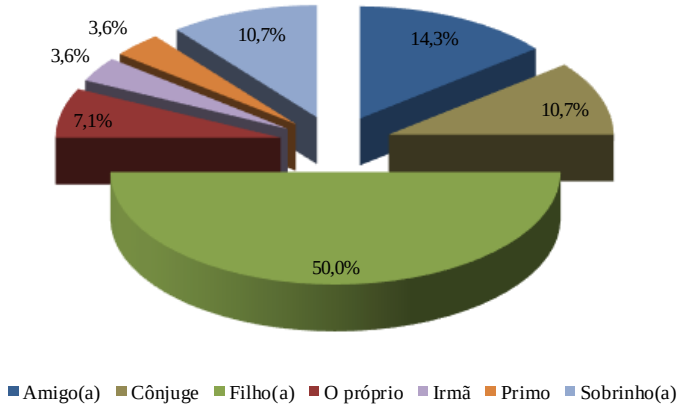
Relativamente aos pagamentos da mensalidade, a maioria respondeu que é proveniente de rendimentos próprios e ajuda da segurança social (42,9%), seguindo-se as pessoas idosas com rendimento próprio e ajuda de familiares (28,6%). No entanto, tendo em consideração as respostas obtidas, se considerarmos o envolvimento das famílias no pagamento das mensalidades constatamos que esses valores atingem os 32, 2%.

Quadro 13 – Fonte do pagamento das mensalidades das pessoas idosas

	Frequência	%
Ajuda de familiares	1	3,6
Rendimentos próprios	6	21
Rendimentos próprios e ajuda da segurança social	12	42,9
Rendimentos próprios e ajuda de familares	8	28,6
Seguro de trabalho	1	3,6
Total	**28**	**100,0**

Quando questionados sobre quem gere o seu património, metade dos inquiridos referiu que é o filho(a), seguindo-se um amigo(a) com 14,3% de respostas. De salientar ainda que 7,1% (2 pessoas idosas) são os próprios a gerir o seu património.

Gráfico 5 –Gestão do património das pessoas idosas



Do total dos inquiridos, 92,9% são reformados (26 pessoas idosas). Os restantes por terem exercido actividade laboral toda a vida em países onde não existe a obrigatoriedade de regime contributivo faz com que apesar da idade não auferirem qualquer tipo de reforma.

No que se refere ao motivo da reforma, a maioria respondeu por motivo de idade (61,5%), seguindo-se por invalidez (15,4%).

Quadro 14 – Motivo de reforma das pessoas idosas

Motivo da reforma	Frequência	%
Acidente de trabalho	1	3,8
Idade	16	61,5
Invalidez/ Saúde	4	15,4
Opçao / Reforma antecipada	2	7,7
Tempo de serviço	3	11,5
Total	**26**	**100,0**

Em relação ao tempo que estão reformados, 76,9% (20 pessoas idosas) estão nessa condição há mais de 10 anos. De registar ainda, que somente 1 inquirido está reformado há menos de 5 anos.

Foi perguntado se tinham sido emigrantes em algum período da sua vida, 67,9% responderam que não, e somente 32.1% afirmou que sim.

Os países enumerados pelos inquiridos que responderam que tinham sido emigrantes em algum período da vida foram Angola, EUA, Brasil, Inglaterra, Namíbia, Suíça e Venezuela. Todas estas emigrações foram de longa duração sendo que o mínimo foi de 15 anos. É nesses países que se encontra grande parte da família e amigos

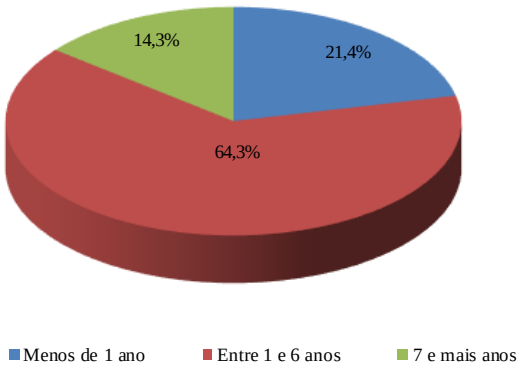
Da totalidade dos que emigraram, 44,4% regressaram à sua zona de origem há pelo menos 12 anos. Há que realçar o facto das pessoas, por diferentes motivos, terem ao longo da sua vida ativa, mudado de local de residência. 35.7% refere que não viveram sempre na mesma zona ou em localidades próximas toda a vida. Entre os principais motivos enumerado, pelos inquiridos, foi o facto de terem mudado país.

Ao abrigo do Acordo de Cooperação 04/09, que a instituição firmou com o Instituto de Segurança Social da Madeira (ISSM). No âmbito desde acordo, o lar rege-se por um modelo misto de gestão e ocupação de vagas, dividido em dois regimes (o público e o particular). Da população inquirida verificamos que 57,1% insere-se no regime social e 42,9% no particular.

6.3 - Percurso na institucionalização

Quando questionados sobre há quanto tempo estão institucionalizados, 64,3% referiram entre 1 a 6 anos, 21,4% há menos de 1 ano e os restantes 14,3% há 7 e mais anos.

Gráfico 6– Período de institucionalização das pessoas idosas



Entre os diversos motivos apontados, que na perspectiva da pessoa idosa, motivaram a sua institucionalização constatou-se que 39,3% dos inquiridos mencionaram a "perda de autonomia", como principal motivo. Seguindo-se o facto de viverem sós e a impossibilidade de apoio familiar com 25,0% e 21,4% de respostas respectivamente. Há que realçar que 7.1% dos

inquiridos apontaram o "abandono familiar" como principal motivo para a sua institucionalização.

A iniciativa para a promoção da institucionalização partiu, maioritariamente dos filhos (57,1%). Com 14,3 % das respostas afirmaram terem sido eles próprios a tomar essa iniciativa.

Quadro 15 – Motivo da institucionalização das pessoas idosas

Motivo da institucionalização	Frequência	%
Abandono familiar	2	7,1
Estado de saúde que exige cuidados especializados	2	7,1
Impossibilidade de apoio familiar	6	21,4
Perda de autonomia	11	39,3
Vivia só	7	25,0
Total	**28**	**100,0**

7,1% através das Autoridades Judiciais/Segurança Social, como medida de protecção da pessoa idosa e 3,7% com influência directa por parte dos vizinhos.

De forma geral, podemos afirmar que 67,8 % das pessoas idosas consideram que houve alguma influência da família no processo de institucionalização. Mas a totalidade dos inquiridos, afirmaram que o internamento foi realizado por vontade do próprio. Isto é, a institucionalização não foi efectuado contra a sua vontade.

Quando questionados com quem vivam antes da sua institucionalização, 35,7%, responderam que viviam sozinhos.

No entanto 46,5% referem que viviam com a família independentemente da propriedade da habitação. Destes, 64.2% afirmaram que viviam com os filhos e netos e 35.8% com o cônjuge. A viver com amigos, estavam 10.7% das pessoas idosas.

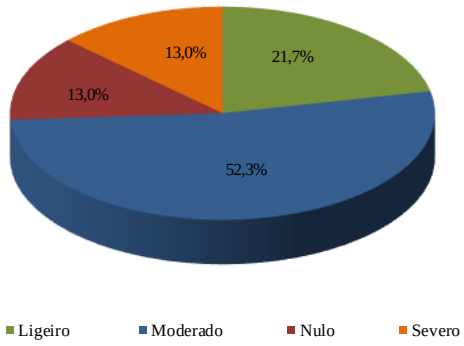
Quadro 16 – Situação residencial das pessoas idosas antes da institucionalização

Com quem vivia antes da sua vinda para este lar?	Frequência	%
Em casa de familiares	2	7,1
Em casa de amigos	3	10,7
Em outra instituição	2	7,1
Na sua casa na companhia de familiares	10	35,7
Regime de rotatividade em casa dos filhos	1	3,6
Sozinho na sua casa	10	35,7
Total	**28**	**100,0**

6.4 – Grau de dependência e saúde

A escala MDA (Mini Dependance Assessement), utilizada pela SCMM, é uma escala de avaliação rápida e global do grau de dependência da pessoa idosa. A aplicação da escala incide na recolha de informação com base nas seguintes actividades: corporais; locomotoras; sensoriais; e mentais.

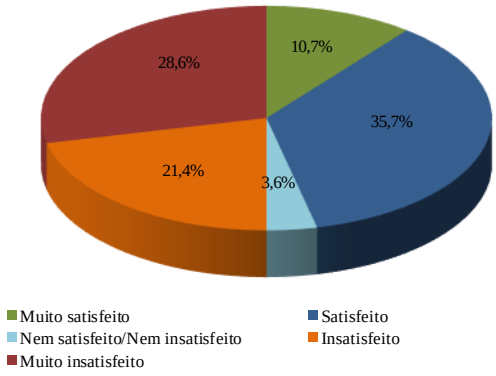
Gráfico 7 – Grau de dependência - Escala MDA



Esta escala contempla os seguintes graus de dependência: Ligeiro; Nulo; Moderado; Severo e Muito Severo.

Aplicada a escala à população inquirida foi possível concluir que a maioria, 52,2%, insere-se na categoria moderado. Outros estão integrados numa avaliação ligeira com 21,7%, nulo e severo com o valor de 13%. Constata-se nesta amostra a ausência do grau "muito severo", indo ao encontro dos critérios de participação definidos para o trabalho.

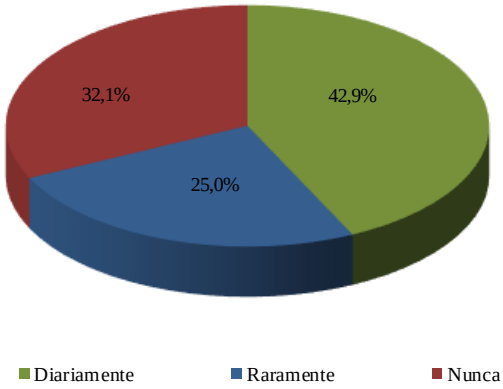
Gráfico 8- Grau de Satisfação da pessoa idosa com a sua saúde



Questionados acerca do grau de satisfação com a saúde percecionada pela pessoa idosa, há que realçar que 35,7% referem estar satisfeitos e 10,7% muito satisfeitos. No entanto, 50% referiram estar muito insatisfeito (28,6%) e insatisfeito (21,4%). No decorrer das vivências diárias na instituição, inquiridos se caso necessitassem de ajuda a quem recorreriam. Obtivemos resposta inseridas em dois grandes grupos. Por um lado, tivemos um grupo de inquiridos que recorrem exclusivamente apenas a uma das categorias identificadas, caso necessite de ajuda, quer seja, à família, aos funcionários da instituição e/ou aos amigos. Este grupo representa cerca das 78% das respostas. O outro grupo, 22%, admitiu que recorre em simultâneo à família e aos funcionários; aos amigos e funcionários. Do primeiro grupo de respostas, podemos realçar o facto da maioria ter atribuído à família (72.7%), o maior peso, seguindo-se os funcionários da instituição em 18,2% dos casos e 9,1% recorrem aos amigos. Quando inquiridos se sentem apoiados na sua vivência na instituição, praticamente a totalidade dos inquiridos, (96,4%) referiu que sim.

6.5 – Participação nas actividades da instituição e ocupação dos tempos livres

Gráfico 9 – Frequência da participação da pessoa idosa nas atividades da instituição



Pelo gráfico anterior, constata-se que 42,9% das pessoas idosas participam diariamente nas actividades desenvolvidas pela instituição, 25,0% raramente e 32,1% nunca participam nas actividades desenvolvidas.

Em relação à ocupação do tempo por parte dos inquiridos, 42,9% mencionaram que ocupam a maior parte do tempo a participar em actividades organizadas pela instituição, 28,6% a ver TV, 21,4% a ler e 7,1% sem fazer algo.

Nos períodos com menos actividades organizadas a maioria opta por ver TV (57,1%).

Quando questionados se gostariam de participar em actividades diferentes na instituição, 35,7% respondeu que sim, sendo que metade mencionou que gostaria de ter aulas de informática.

Quando questionados se as actividades que a instituição oferece são suficientes para favorecer o seu bem-estar e integração social, metade das pessoas idosas considera que sim, 17,9% que não e 32,1% não sabe/não responde.

Quadro 17- Ocupação da maior parte do tempo das pessoas idosas na instituição

	Frequência	%
Ler	6	21,4
Participar em actividades organizadas pela instituição	12	42,9
Sem fazer algo	2	7,1
Ver TV	8	28,6
Total	**28**	**100,0**

6.6 – Protecção, segurança e saúde

Com o objectivo de aferir a perceção que a pessoa idosa tem, em relação aos serviços disponibilizados no lar, foram colocadas várias questões relacionadas com os vários serviços que recebe.

Em relação à proteção no lar, a totalidade dos inquiridos respondeu que é muito importante ou importante.

No que respeita ao se sentir seguro, em conjunto, 85,7% afirmam ser muito importante, ou importante, apenas 14,3% considerou nem pouco nem muito importante.

Para estes dois factores, avaliados de forma muito positiva pelos inquiridos, terá contribuído o facto do Lar Agostinho Cupertino da Câmara assegurar prestação de cuidados de saúde (médico e enfermeiro) 24horas, sete dias por semana.

Relativamente a não ter preocupações com o dia-a-dia, metade referem nem pouco nem muito importante, 28,6% pouco importante, 14,3% nada importante e 7,1% muito importante.

Para cerca de 46,4% dos inquiridos não é pouco nem muito importante ter as refeições a horas, 32,1% consideram ser pouco importante, 14,3% nada importante, apenas 3,6% consideram muito importante e importante.

Mais do que almoçar, ou jantar a horas, a população inquirida considera ser muito importante ter companhia para conversar (64,3%). Para a maioria dos inquiridos a assistência religiosa, 71,4% consideram, em conjunto, ser muito importante ou importante.

Quadro 18 – Avaliação do que mais agrada no Lar

O que agrada mais no lar		Muito importante	Importante	Nem pouco nem muito importante	Pouco importante	Nada importante
Ter protecção no Lar	Freq.	25	3	-	-	-
	%	89,3	10,7	-	-	-
Sentir-se seguro	Freq.	17	7	4	-	-
	%	60,7	25,0	14,3	-	-
Não ter preocupações com o dia a dia	Freq.	2	-	14	8	4
	%	7,1	-	50,0	28,6	14,3
Ter refeições a hora	Freq.	1	1	13	9	4
	%	3,6	3,6	46,4	32,1	14,3
Ter companhia com quem conversar	Freq.	16	4	2	6	-
	%	64,3	14,3	7,1	14,3	-
Ter assistência religiosa	Freq.	16	4	2	-	6
	%	57,1	14,3	7,1	-	21,4

Em contrapartida foram questionados sobre o que mais lhes desagrada no lar.

Apesar das instituições serem reconhecidamente como um espaço de caracter universalista e de natureza homogeneizante, onde o respeito pela personalidade e a individualidade, privacidade e hábitos próprios de vida não serem privilegiados, é com alguma naturalidade que se constata que 71,4% dos inquiridos tenham enfatizado a falta de privacidade como algo de muito importante (50%) ou importante (21.4%). Por seu turno, o aspecto negativo mais valorizado prende-se com o facto de estar institucionalizado e a imagem do lar associado a um certo afastamento em relação a um contacto mais efectivo com a família e amigos. Essa perceção é expressa por 85, 7%, que afirmam que raramente veem as pessoas da sua família e amigos, sendo que 64,3% dos inquiridos consideram muito importante e 21,4% importante.

Quadro 19 – Avaliação do que mais desagrada no Lar

O que desagrada mais no lar		Muito importante	Importante	Nem pouco nem muito importante	Pouco importante	Nada importante
Falta de liberdade	Freq.	3	3	11	8	3
	%	10,7	10,7	39,3	28,6	10,7
Falta de privacidade	Freq.	14	6	5	3	-
	%	50,0	21,4	17,9	10,7	-
Falta de atenção e afeto	Freq.	6	4	9	6	3
	%	21,4	14,3	32,1	21,4	10,7
Raramente ver as pessoas da minha família e amigos	Freq.	18	6	2	-	2
	%	64,3	21,4	7,1	-	7,1
Vida monotona	Freq.	3	2	7	11	5
	%	10,7	7,1	25,0	39,3	17,9
Não ter nada que fazer	Freq.	2	3	7	12	4
	%	7,1	10,7	25,0	42,9	14,3

+

Quadro 20 – Avaliação da Satisfação com a organização e funcionamento da instituição

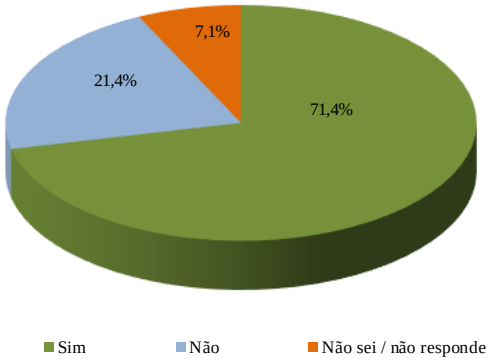
Satisfação com a organização e funcionamento da instituição		Muito satisfeito	Satisfeito	Nem pouco nem muito satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
Normas e regras de funcionamento	Freq.	8	11	6	3	-
	%	28,6	39,3	21,4	10,7	-
Práticas e rotinas	Freq.	8	8	9	3	-
	%	28,6	28,6	32,1	10,7	-
Clareza nos procedimentos	Freq.	14	14	-	-	-
	%	50,0	50,0	-	-	-
Informação prestada	Freq.	16	12	-	-	-
	%	57,1	42,9	-	-	-
Disponibilidade	Freq.	13	11	3	1	-
	%	46,4	39,3	10,7	3,6	-
Tolerância	Freq.	9	9	5	4	1
	%	32,1	32,1	17,9	14,3	3,6
Proximidade com técnicos e funcionários	Freq.	13	8	6	1	-
	%	46,4	28,6	21,4	3,6	-

Em relação à organização e funcionamento da instituição, 67,9% dos inquiridos estão satisfeitos, ou muito satisfeitos com as normas e regras de funcionamento. A destacar positivamente as relações interpessoais estabelecidas entre profissionais e utentes. No conjunto do muito satisfeito e satisfeito (75%) avalia positivamente a proximidade de técnicos e funcionários. Especial destaque merece também a informação prestada e a clareza nos procedimentos, avaliados ambos, positivamente por 100% dos inquiridos.

Praticamente a totalidade dos inquiridos considera que a instituição se encontra organizada de forma a acolher e promover as suas relações familiares e de amizade (96,4%).

No cômputo geral, os inquiridos estão satisfeitos com a organização e funcionamento da instituição, sendo que 46,4% estão muito satisfeitos e 32,1% satisfeitos (no seu conjunto 78,5%) o que se traduz numa avaliação global, muito positiva do lar, contrastando com os 14,3% que referem estar pouco ou nada satisfeitos com o lar.

Gráfico 10 - Se fosse hoje, optaria por vir para o Lar



Observando o gráfico anterior, a grande maioria,71,4%, optaria, se fosse hoje, por tomar a mesma decisão que tomou em relação à sua institucionalização no lar. Há que referir que 21,4% optava por tomar outra decisão e 7,1% não sabe/não responde.

Da população inquirida, 67,9%, recomendariam o lar a algum amigo que necessitasse de ser institucionalizado.

6.7 Capacidade da URPI integrar os residentes

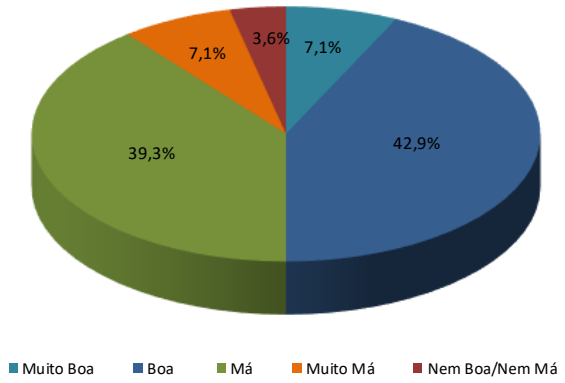
Relativamente à sua condição de institucionalizados foram colocadas algumas questões referentes à sua integração social e bem-estar da pessoa idosa no lar, nomeadamente se se sentiam excluídos, se há pessoas a quem se sente chegado, durante quanto tempo se sentiu feliz no último mês e, como avalia a sua qualidade de vida e a sua satisfação com a vida

Deste conjunto de questões, foi possível concluir que 50% dos inquiridos referem que nunca se sentem excluídos, e 32,1% raramente se sentem excluídos. Numa condição muito positiva de proximidade com alguém a quem efectivamente se sente chegado, 85, 7% referiram que isso se verifica muitas vezes. Considerando o sentimento de felicidade, 71,4% dos inquiridos afirmaram que se sentiram quase sempre (32,1%), sempre (28,6%), ou a maior parte do tempo (10,7%), uma pessoa feliz durante o último mês.

Quanto à forma como avalia a sua qualidade de vida, 50% dos inquiridos afirmaram ter uma boa qualidade de vida com 42,9% e muito boa com 7,1%.

Ao serem questionados se estavam satisfeitos com a sua vida, 78,5% responderam que sim.

Gráfico 11 - Como avalia a sua qualidade de vida

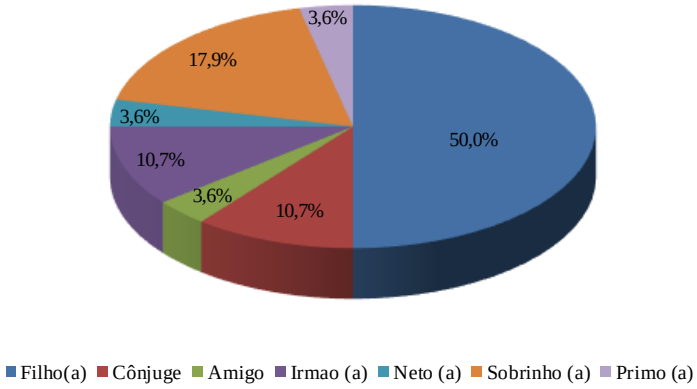


6.8- Rede Social Pessoal – família e amigos

Quanto à estrutura e integração social da pessoa idosa, o questionário abordou um conjunto de questões inerentes à composição e funcionamento da rede pessoal da pessoa idosa.

Para metade das pessoas idosas institucionalizadas, os filhos são os membros da família que consideram mais importantes, seguindo-se o cônjuge e os irmãos com 10,7% das respostas.

Gráfico 12 – Membro da família que considera mais importante



As redes sociais pessoais vão-se alterando e recompondo ao longo do ciclo vital, em função do estado de saúde, contexto familiar, do trabalho e da participação na comunidade.

Relativamente à família, 64,3% dos inquiridos classificaram como muito boa a relação com os seus familiares antes da institucionalização, 14,3% consideraram a relação razoável, percentagem coincidente com a opinião dos que responderam muito má e 7,1% como boa a relação com os seus familiares. Ao analisarmos as respostas referentes à relação com os seus familiares após a institucionalização, facilmente concluímos que existe uma redução em 14.3% da avaliação "muito boa" atribuída pelos inquiridos. Valores que transitaram para categorias positivas, mas mais baixas, nomeadamente, "boa" e "razoável". Esta constatação demonstra uma ligeira degradação da relação familiar percecionada pela pessoa idosa com a sua institucionalização.

Gráfico 13- Relacionamento com a família antes da institucionalização

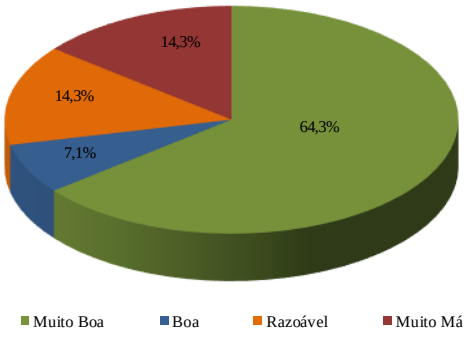
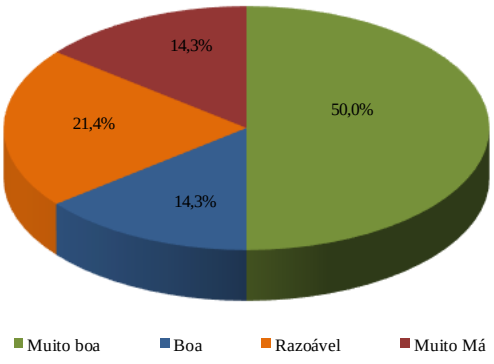


Gráfico 14 - Relacionamento com a família após a institucionalização



A maioria dos inquiridos, 53,6%, concordam que com a institucionalização sentem que a sua relação com os seus familiares foi afectada. O motivo dado pela totalidade dos que concordam com a afirmação anterior, foi de menor proximidade menor contacto.

Gráfico 15- Relacionamento com amigos e vizinhos antes da institucionalização

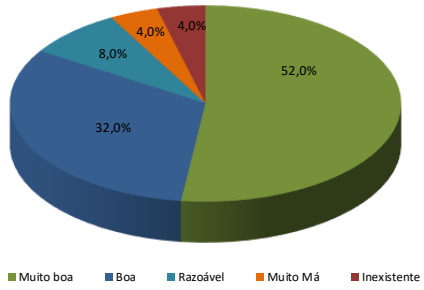
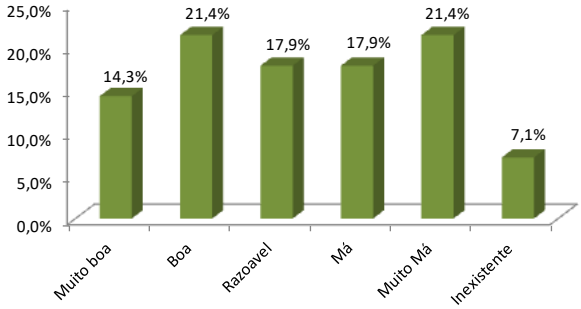


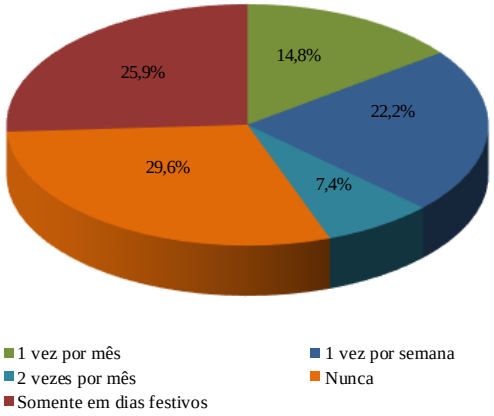
Gráfico 16- Relacionamento com os amigos e vizinhos a sua institucionalização



Para a maioria dos inquiridos a relação com os seus amigos/vizinhos antes da sua institucionalização era muito boa, 52,0%. Após a institucionalização, apenas 14,3% dos inquiridos considera que a sua relação com os amigos e vizinhos é de muito boa, o que comparativamente com o gráfico anterior, nos permite observar nesta classificação, um abatimento de 37.7%.

Esta constatação demonstra uma forte degradação da relação com os amigos e vizinhos percecionada pela pessoa idosa com a sua institucionalização. De salientar ainda que 7,1% consideram a relação inexistente.

Gráfico 17 - Frequência com que a pessoa idosa se ausenta da instituição na companhia dos seus familiares

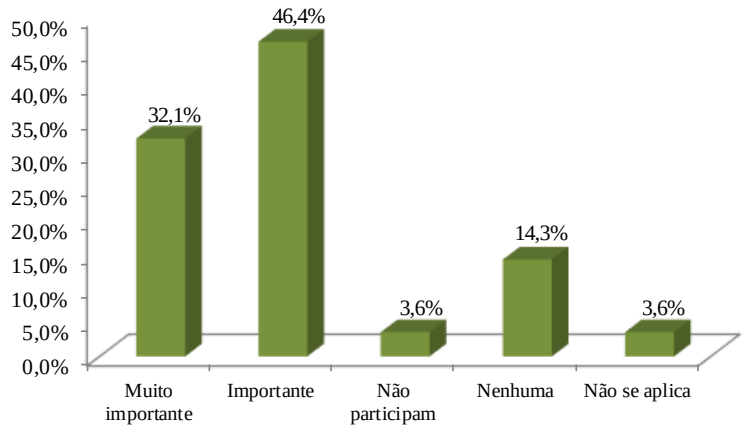


Pela análise do gráfico nº17, constatamos que 29,6% das pessoas idosas nunca se ausentam da instituição na companhia de familiares, 25,9% ausenta-se somente em dias festivos. Por seu turno, 22,2% referiram uma certa regularidade de saídas do lar, na companhia dos seus familiares, pelo menos 1 vez por semana. Outros, por sua vez, mencionaram que se ausentam 1 vez por mês, 14,8%, e duas vezes por mês, 7,4%. Por forma a avaliar o grau de envolvimento/integração da pessoa idosa no seio familiar, foram questionados acerca da sua participação em acontecimentos relevantes da família, fora da instituição, dos quais 64,3% afirmaram que sim.

O tipo de eventos/actividades em que costumam participar na companhia dos seus familiares são maioritariamente almoços/jantares de família (70,0%), seguindo-se as festas de aniversário e os dias festivos.

A maioria dos inquiridos passa habitualmente o Natal com a família (64,3%), 25,0% com funcionários e utentes da SCMM e 10,7% com amigos. O aniversário das pessoas idosas é na sua maioria passado no interior da instituição por 18 utentes. Destes 8 celebram o seu aniversário na presença de familiares, funcionários e utentes, 1 pessoa idosa assinala a data na presença de amigos, funcionários e utentes na SCMM, e os restantes celebram a data apenas na presença de funcionários e utentes. Dez inquiridos celebram a data fora da instituição na companhia de amigos e familiares. Ao longo do ano a instituição promove vários eventos destinadas às pessoas idosas institucionalizadas, mas com especial enfoque na promoção da integração das famílias na vida da instituição, poderemos referir a festa anual da Instituição, festa de Natal e alguns almoços e jantares convívio organizados ao longo do ano.

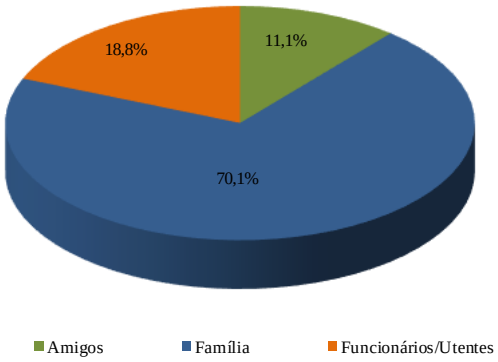
Gráfico 18- Grau de importância atribuído à participação dos familiares nas festividades assinaladas na instituição



Quando inquiridos acerca do grau de importância que atribuem à participação dos seus familiares nas festividades assinaladas na instituição, 46,4% dos inquiridos consideram que essa participação é importante, 32,1% muito importante, 14,3% afirmaram que essa participação não tem nenhuma importância e 3,6% afirmaram que os seus familiares não participam nas festividades da instituição.

Em relação à rede social pessoal das pessoas idosas, esta é na sua grande maioria constituída por familiares com 70,1% (Cônjuges, filhos, netos irmãos e sobrinhos), 18,8% por funcionários/utentes e 11,1% por amigos.

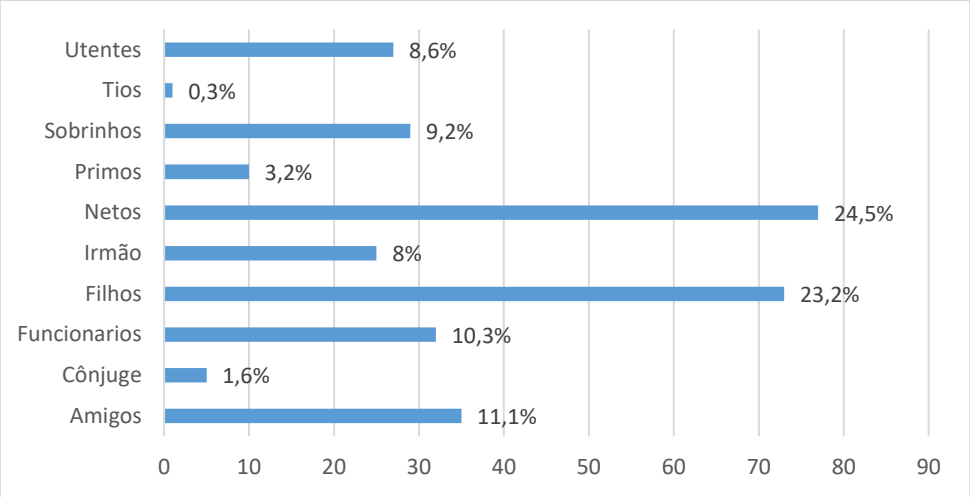
Gráfico 19 – Rede Social Pessoal das pessoas idosas



No conjunto de todos os inquiridos foram identificados 314 elementos que constituem na globalidade o número total de pessoas com os quais as pessoas idosas inquiridas mantêm uma relação significante.

O tamanho médio da rede pessoal da pessoa idosa institucionalizada é composta, em média, por 11 indivíduos. Para além da família, há que realçar o facto de alguns inquiridos integrarem os funcionários, bem como outros utentes na sua rede social pessoal.

Gráfico 20 – Rede Social Pessoal, por vínculo



Em termos do apoio emocional prestado pela rede social pessoal da pessoa idosa, podemos afirmar dos 70.1% de inquiridos que integraram elementos familiares na sua rede mencionaram que são as seguintes, as pessoas das quais recebem muito apoio emocional: Cônjuges (80%); Filhos (52,1%); Irmãos (64%); Netos (28,6%); Primos (40%); Sobrinhos (37,9%).

Quadro 21- Apoio emocional, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo

	Muito	Algum	Nenhum
Amigos	45,7%	42,9%	11,4%
Cônjuges	80,0%	20,0%	-
Filhos	52,1%	46,6%	1,4%
Funcionários	-	34,4%	65,6%
Irmãos	64,0%	32,0%	4,0%
Netos	28,6%	66,2%	5,2%
Primos	40,0%	60,0%	-
Sobrinhos	37,9%	62,1%	-
Tia	-	100,0%	-
Utentes	-	63,0%	37,0%

No Tipo de apoio prestado por tipo de vinculo na categoria família, observamos que:

- Os cônjuges, que correspondem a 1,6% dos elementos mencionados na rede, foram referidos como prestando muito apoio emocional na ordem dos 80,0%.
- Os irmãos, que correspondem a 8% dos elementos mencionados na rede, foram referidos como prestando muito apoio emocional na ordem dos 64,0%.
- Os filhos que correspondem a 23,2% dos elementos mencionados na rede, foram referidos como prestando muito apoio emocional na ordem dos 52, 1%.
- Os primos, que correspondem a 3,2% dos elementos mencionados na rede, foram referidos como prestando muito apoio emocional na ordem dos 40,0%.
- Os sobrinhos, que correspondem a 9,2% dos elementos mencionados na rede, foram referidos como prestando muito apoio emocional na ordem dos 37,9%.
- Os netos, que correspondem a 24,5% dos elementos mencionados na rede, foram referidos como prestando muito apoio emocional na ordem dos 28,6%.

Dos 11% dos inquiridos que mencionaram os amigos na sua rede social pessoal afirmaram receber muito apoio emocional por parte destes na ordem dos 45.7%.

Dos 10,3.% de inquiridos que integraram funcionários na sua rede social pessoal consideram não receber nenhum tipo de apoio emocional, 65,6%, desses elementos recebendo apenas algum apoio de 34,4% desses elementos.

Dos 8,6% de inquiridos que integraram outros utentes na sua rede social pessoal referiram que 63,0% destes lhe prestam algum apoio emocional, contra 37% que não prestam nenhum apoio emocional.

Numa análise por género, podemos afirmar que dentro da dimensão da família, são as esposas (100%) e as filhas (74.3%) mencionadas pelos inquiridos como sendo as pessoas que dão muito apoio emocional.

Quadro 22- Apoio instrumental/financeiro, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo

	Muito	Algum	Nenhum
Amigos	-	37,1%	62,9%
Cônjuges	60,0%	20,0%	20,0%
Filhos	27,4%	45,2%	27,4%
Funcionários	40,6%	53,1%	6,3%
Irmãos	4,0%	32,0%	64,0%
Netos	-	5,2%	94,8%
Primos	30,0%	10,0%	60,0%
Sobrinhos	10,3%	24,1%	65,5%
Tia	-	-	100,0%
Utentes	-	3,7%	96,3%

Considerando a perceção do apoio instrumental/financeiro recebido por parte dos inquiridos relativamente à rede social pessoal, 70,1 % de inquiridos que integraram elementos familiares na sua rede mencionaram que são as seguintes, as pessoas das quais recebem muito apoio instrumental/financeiro: Cônjuges (60%); Primos (30%); Filhos, (27,4%); Sobrinhos (10,3%); Irmãos (4%).

Dos 10,3% de inquiridos que integraram funcionários na sua rede social pessoal referiram que 40,6% destes lhe prestam muito apoio instrumental/financeiro.

Os amigos, netos, tios e utentes são apenas referidos enquanto prestadores de algum ou nenhum apoio Instrumental/financeiro, observando-se que a totalidade dos utentes e 94,7% dos netos do género masculino não prestam nenhum apoio instrumental /financeiro.

Verifica-se que 66,7% dos cônjuges do género feminino são mencionados como dando muito apoio instrumental/financeiro.

Em relação aos filhos, há que mencionar que 45,2% prestam algum tipo de apoio instrumental/financeiro.

Quadro 23- Apoio informativo, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo

	Muito	Algum	Nenhum
Amigos	-	11,4%	88,6%
Cônjuges	20,0%	-	80,0%
Filhos	2,7%	20,5%	76,7%
Funcionários	15,6%	34,4%	50,0%
Irmãos	4,0%	-	96,0%
Netos	-	5,2%	94,8%
Primos	10,0%	10,0%	80,0%
Sobrinhos	-	13,8%	86,2%
Tia	-	-	100,0%
Utentes	7,4%	11,1%	81,5%

Quanto à perceção do apoio informativo recebido por parte dos inquiridos relativamente à rede social pessoal, que integraram elementos familiares na sua rede, mencionaram que são as seguintes, as pessoas das quais recebem muito apoio informativo: Cônjuges (20%); Funcionários (15,6%); Primos (10%); Irmãos (4%); Filhos, (2,7%).

Os amigos, netos, tios e sobrinhos são apenas referidos enquanto prestadores de algum ou nenhum apoio informativo, observando-se que a totalidade dos netos e utentes masculinos não concedem nenhum apoio informativo. Em termos femininos verifica-se que a totalidade dos cônjuges, irmãs, e tia não dão nenhum apoio informativo.

Relativamente à perceção do apoio e companhia social, percebida por parte dos inquiridos, relativamente à rede social pessoal, que integraram elementos familiares na sua rede, mencionaram que são as seguintes, as pessoas das quais recebem muito apoio informativo: Cônjuges (20%); irmãos (8%); Filhos (6,8%); Sobrinhos (3,4%).

Quadro 24– Companhia social, percecionada pelas pessoas idosas, por vínculo

	Muito	Algum	Nenhum
Amigos	42,9%	48,6%	8,6%
Cônjuges	20,0%	40,0%	40,0%
Filhos	6,8%	35,6%	57,5%
Funcionários	15,6%	71,9%	12,5%
Irmãos	8,0%	36,0%	56,0%
Netos	-	19,5%	80,5%
Primos	-	90,0%	10,0%
Sobrinhos	3,4%	48,3%	48,3%
Tia	-	100,0%	-
Utentes	92,6%	-	7,4%

Para 11,1% dos inquiridos os 92,6% dos utentes que se integram na sua rede pessoal prestam muito apoio em termos de companhia social.

Os netos, primos e tios são apenas referidos enquanto prestadores de algum ou nenhum apoio em termos de companhia social, observando-se que a totalidade dos cônjuges e dos primos do género masculino fornecem alguma companhia social.

Por seu turno, em termos de género destaca-se que 91,7% e 60,9% das utentes e amigas, respectivamente, fazem muita companhia social.

Numa análise à perceção no apoio a novos contactos, recebido por parte dos inquiridos, relativamente à rede social pessoal, que integraram elementos familiares, apenas mencionaram que 4% dos primos fornecem muito apoio no acesso a novos contactos.

Quadro 25– Acesso a novos contatos, percecionado pelas pessoas idosas, por vínculo

	Muito	Algum	Nenhum
Amigos	5,7%	17,1%	77,1%
Cônjuges	-	20,0%	80,0%
Filhos	-	4,1%	95,9%
Funcionários	-	25,0%	75,0%
Irmãos	4,0%	-	96,0%
Netos	-	1,3%	98,7%
Primos	-	20,0%	80,0%
Sobrinhos	-	-	100,0%
Tia	-	-	100,0%
Utentes	3,7%	51,9%	44,4%

Os amigos e utentes são referidos enquanto prestadores de muito apoio no acesso a novos contactos com 5,7% e 3,7%, respectivamente.

Quanto a novos contactos a totalidade dos sobrinhos foram referidos na categoria nenhum.

Atendendo ao género feminino a totalidade dos cônjuges, irmãos, sobrinhos e tios não contribuem para a realização de novos contactos.

Quadro 26 – Caracterização da Rede Social Pessoal da pessoa idosa

	Amigos	Cônjuges	Filhos	Funcionários	Irmãos	Netos	Primos	Sobrinhos/ Tia	Utentes
Mesma habitação	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	96,3%
Mesma localidade	25,7%	60,0%	20,5%	-	24,0%	11,7%	20,0%	23,3%	3,7%
15 Km	-	-	1,4%	-	-	2,6%	-	-	-
20 Km	60,0%	-	35,6%	-	32,0%	32,5%	50,0%	36,7%	-
40 Km	5,7%	20,0%	9,6%	-	-	1,3%	30,0%	-	-
50 Km	-	-	-	-	4,0%	-	-	6,7%	-
60 Km	5,7%	-	-	-	-	-	-	-	-
Mais de 1 000 Km	2,9%	20,0%	32,9%	-	40,0%	51,9%	-	33,3%	-

Relativamente à distância geográfica dos elementos que compõem a rede social pessoal das pessoas idosas inquiridas, 60% dos amigos mencionados residem a cerca de 20 Km de distância

relativamente à instituição. Cerca de 60% dos cônjuges residem na mesma localidade, 20% a cerca de 40 Km e 20% a mais de 1 000 Km.

Em relação aos filhos, 35, 6% residem a cerca de 20 Km e 32, 9% residem a mais de 1 000 Km. Os irmãos, 40 %, e os netos,51, 9%, residem a mais de 1 000 Km. Os sobrinhos, 36,7%, e os primos, 50%, residem a cerca de 20 Km.

Numa correlação entre o tipo de vínculo, género feminino e distância em relação às pessoas idosas inquiridas, verifica-se que 60,9% das amigas se encontram a 20 km de distância e 26,1% na mesma localidade. Em relação aos cônjuges 66,7% vivem na mesma localidade e 33,3% a mais de 1 000 Km.

No que respeita ao género masculino, a maioria dos amigos vivem até 20 km. Os cônjuges, metade vive na mesma localidade e a outra metade a 40 km de distância.

Quadro 27 - Rede social pessoal da pessoa idosa, segundo o vínculo, por contato presencial

	Amigos	Cônjuges	Filhos	Funcionários	Irmãos	Netos	Primos	Sobrinhos/ Tia	Utentes
Diariamente	-	20,0%	1,4%	9,4%	4,0%	-	-	6,7%	96,3%
1 x Semana	54,3%	20,0%	20,5%	3,1%	20,0%	23,4%	50,0%	13,3%	-
2 x Semana	17,1%	20,0%	6,8%	3,1%	-	-	-	10,0%	-
3 x Semana	2,9%	20,0%	9,6%	-	12,0%	2,6%	10,0%	-	-
5 x Semana	-	-	2,7%	84,4%	-	-	-	3,3%	3,7%
Bimensal	-	-	1,4%	-	-	-	-	-	-
1x Mês	14,3%	-	6,8%	-	8,0%	20,8%	40,0%	26,7%	-
2 x Mês	2,9%	-	9,6%	-	12,0%	1,3%	-	10,0%	-
3 x Mês	5,7%	-	4,1%	-	-	-	-	-	-
1 x Ano	-	20,0%	27,4%	-	12,0%	33,8%	-	20,0%	-
2 x Ano	-	-	2,7%	-	4,0%	2,6%	-	6,7%	-
3 x ano	-	-	1,4%	-	-	1,3%	-	-	-
4 xAno	-	-	1,4%	-	-	1,3%	-	-	-
Não se verifica	2,9%	-	4,1%	-	28,0%	13,0%	-	3,3%	-

No que diz respeito à frequência dos contactos estabelecidos pessoalmente, entre as pessoas idosas e os elementos que compõem a sua rede social pessoal, no seu conjunto, em média, constatamos que cada pessoa idosa estabelece 46 contactos pessoalmente por mês.

A maior ocorrência de contactos estabelecidos pessoalmente verifica-se na frequência uma vez por semana (68 contactos), seguido da frequência uma vez por mês com (40 contactos) e diariamente com 34.

Dos inquiridos 67,9% referem que se relacionam com outras pessoas pelo menos uma vez por semana o que se traduz num número médio de contacto com 4 pessoas da rede.

Os contactos mais significativos na frequência uma vez por semana, são referentes aos amigos com 54,3% e aos primos com 50%.

É nesta regularidade de frequência que os filhos (20,5%) e os netos (23,4%) obtêm o valor mais elevado. São aliás os filhos e netos aqueles que revelam uma maior dispersão de contactos pelas diversas categorias de frequência presentes.

Metade dos inquiridos referem estabelecer contacto pessoal diariamente, com um número médio de 2 pessoas. Diariamente é com outros utentes, 96,2%, que estabelecem um relacionamento pessoal seguido pelos cônjuges com 20%. Menos significativo no relacionamento diário com os inquiridos são os sobrinhos com 6,7%, os irmãos com 4% e os filhos com 1,4%. Os funcionários constituem 9,4% dos contactos diários mencionados.

Dos inquiridos, 46,4%, referem estabelecer contacto 1 vez por mês, com 3 pessoas em média. São sobretudos os primos com 40 % que optam por estabelecer contacto pessoal com esta regularidade. É nesta categoria de frequência que os sobrinhos registam o valor mais elevado de contacto com 26, 7%.

Do total de respostas, 46,4%, referem estabelecer contacto pessoal 5 vezes semana, que se traduz num contacto médio com 2 pessoas. É nesta categoria que se inscrevem sobretudo os funcionários mencionados na rede, com 84,4%.

Dos inquiridos, 32,1%, referem estabelecer contacto pessoal 3 vezes por semana, com uma média de contacto com 2 pessoas. Nesta categoria são mais relevantes os contactos dos cônjuges (20%) e os irmãos com 12%.

Para os contactos que se registam 2 vezes por mês e 2 vezes por semana, 28,6% dos inquiridos, respectivamente, referem a existência de contacto pessoal em média com 2 pessoas.

Para 14, 3% dos inquiridos verifica-se a existência de contactos de 3 vezes por mês, com 2 pessoas em média.

Na análise ao vínculo, irmãos, 28%, netos, 13%, e filhos, 4,1%, são mencionados como não estabelecendo contacto pessoalmente.

Constata-se que 32,9% dos filhos mencionados na rede social pessoal das pessoas idosas estabelecem contacto pessoal em períodos superiores a 1 mês, nas categorias 1 vez ano, 2 vezes ao ano e 3 vezes ao ano, aqui é mais significativo o valor referente à frequência de uma vez por

ano com 27,4%. Situação muito semelhante em relação aos netos com 37,7%. Aqui é mais significativo o valor referente à frequência de uma vez por ano com 33,8%.

A frequência mencionada, por parte das pessoas idosas em relação aos seus familiares, (filhos e netos) é em parte justificada pela distância a que estes se encontram da pessoa idosa institucionalizada. A maioria reside a mais de 1000 km de distância.

Quadro 28 - Rede social pessoal da pessoa idosa, segundo o vínculo, por contacto telefónico

	Amigos	Cônjuges	Filhos	Funcionários	Irmãos	Netos	Primos	Sobrinhos/ Tia	Utentes
1 x Mês	-	-	8,2%	-	4,0%	20,8%	-	20,0%	-
1 x Semana	17,1%	20,0%	41,1%	-	24,0%	28,6%	-	3,3%	-
2 x Mês	-	-	-	-	12,0%	2,6%	-	-	-
2 x Semana	5,7%	-	1,4%	9,4%	-	-	-	-	-
3 x Semana	2,9%	-	2,7%	-	-	1,3%	-	6,7%	-
Diariamente	-	20,0%	9,6%	-	4,0%	3,9%	20,0%	-	-
Não se verifica	74,3%	60,0%	37,0%	90,6%	56,0%	42,9%	80,0%	70,0%	100,0%

Quanto à frequência dos contactos estabelecidos telefonicamente, entre as pessoas idosas e os elementos que compõem a sua rede social pessoal, no seu conjunto, em média, constatamos a existência média de 16 contactos telefónicos mensalmente.

Os contactos mais significativos registam-se na frequência uma vez por semana, com 64,28% das situações. Nesta categoria de contacto destacam-se os filhos em que 41.1% optam por telefonar 1vez por semana, 4 pessoas de média por cada pessoa idosa.

É nesta regularidade de frequência que os netos (28,6%) e irmãos (24%), obtêm o valor mais elevado.

Diariamente referem que são contactados por 20% dos cônjuges e 20 % dos primos, com uma média de 3 pessoas por pessoa idosa.

Relativamente aos contactos por carta e por internet estes são praticamente inexistentes, não assumindo valores significativos que possam ser considerados para esta análise.

Quando questionados sobre o número de pessoas com significado para a sua vida, se têm aumentado ou diminuído desde a sua institucionalização, a maioria (46,4%) afirmou que é muito menor do que antes, seguindo-se os que responderam aproximadamente o mesmo (25,0%).

Quadro 29 – Alteração, percecionada, à composição da rede social pessoal da pessoa idosa após a institucionalização

O número de pessoas que se relaciona	Frequência	%
É muito maior do que antes	2	7,1
É maior do que antes	3	10,7
É aproximadamente o mesmo	7	25,0
É menor do que antes	3	10,7
É muito menor do que antes	13	46,4
Total	**28**	**100,0**

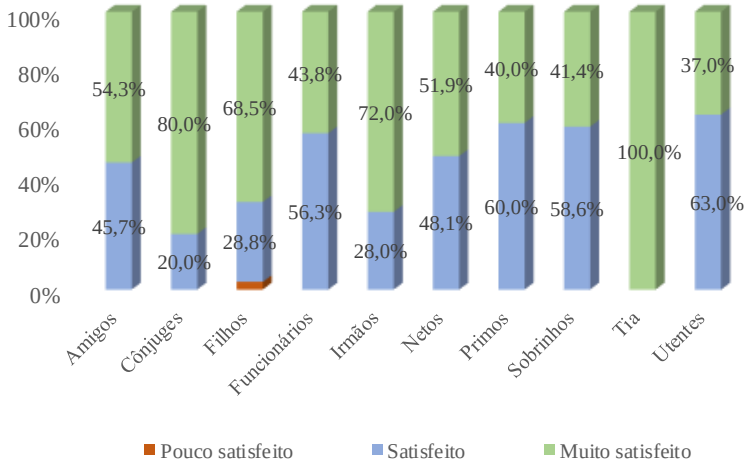
Esta constatação é em parte confirmada, quando questionados se nos últimos anos tinham perdido alguém importante que colocaria na rede, 85,7% referiram que sim, mencionando a razão ”falecimento” como único motivo.

A maioria (57,1%) dos inquiridos mencionou que após a sua institucionalização se verificou uma redução do número de pessoas com as quais se relacionam de forma significativa. Constacta-se um estreitamento da rede marcado tanto por perdas como por uma desvinculação em relação à participação na vida social e até familiar.

Apesar destes números comprovarem a tendência natural para a diminuição da rede, não deixa de ser digno de referência a constatação de que cerca de 50 % dos inquiridos terem mencionado a introdução de novos elementos significativos na sua rede pessoal, após a institucionalização, nomeadamente funcionários e outros utentes da instituição.

Em relação ao grau de satisfação da pessoa idosa para com o relacionamento na rede social pessoal, com os quais mantém alguma forma de contacto, é de salientar que, relativamente aos cônjuges, 80% dos inquiridos afirmaram estar muito satisfeitos e os restantes 20% manifestaram estar satisfeitos.

Gráfico 21 – Grau de Satisfação com o relacionamento, por vínculo



Relativamente aos filhos 68,5 % referiram estar muito satisfeitos, 28,8% satisfeitos, e 4% pouco satisfeito ou nada satisfeito.

Quanto aos irmãos 72,0% referiram estar muito satisfeitos com 28% a referir satisfeito.

Outro dado relevante são os 54, 3% obtidos pelo grupo de amigos em termos de muito satisfeito, e os netos com 51,9% de muito satisfeito.

6.9 Discussão e síntese dos resultados

A institucionalização da pessoa idosa é um fenómeno crescente nos tempos actuais. A população institucionalizada tem vindo a crescer na Região Autónoma da Madeira, e a sua procura tende a aumentar, em virtude do aumento do índice de envelhecimento.

O envelhecimento demográfico é um grande desafio que se coloca à sociedade actual, nomeadamente às famílias, alvo de profundas transformações, que se veem impossibilitadas de responder positivamente às necessidades das pessoas mais idosas.

Este trabalho de investigação teve como principal objectivo **compreender como a manutenção de laços familiares após a institucionalização contribui para o processo de integração e bem-estar da pessoa idosa numa unidade residencial?**

Esta questão levou-nos a analisar a rede social pessoal da pessoa idosa, na sua dimensão estrutural, (tamanho e composição da rede), dimensão funcional (tipos de apoio prestado), e dimensão relacional (frequência de contactos). Não esquecendo, o papel que a instituição desenvolve na promoção do bem-estar e da integração da pessoa idosa.

A nossa amostra representa cerca 36% da população total institucionalizada na Santa Casa da Misericórdia de Machico. É composta por 20 pessoas do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com uma média de idades 79 anos.

A maioria, da população inquirida, está institucionalizada no período compreendido entre 1 a 6 anos, sendo que a perda de autonomia, foi o motivo mais relevante para a admissão no lar.

A tomada de iniciativa para a admissão no lar foi fortemente influenciada pela família, sobretudo por parte dos filhos. Para esta influência contribui o facto de serem estes os principias cuidadores, na medida em que partilhavam a mesma residência antes da institucionalização.

A pessoa idosa, institucionalizada no lar da SCMM, tem uma rede social pessoal constituída na sua maioria por pessoas da sua família (cônjuges, filhos, netos, irmãos e sobrinhos). Para além da família (70,1%) e dos amigos (11%), há que realçar o facto de algumas pessoas idosas integrarem os funcionários, bem como outros utentes (18,8%) na sua rede social pessoal. Este facto só revela que as redes sociais pessoais se vão alterando e recompondo ao longo do ciclo vital.

Relativamente à distância geográfica dos elementos que compõem a rede social pessoal, podemos dar conta da existência de diferentes categorias, sendo que um grande número de pessoas se encontram ausentes, mas asseguram alguma forma de contacto, nomeadamente o contacto telefónico.

Aliás, a este propósito constatou-se um grande número dos inquiridos a mencionarem que as relações sociais foram afectadas com a sua institucionalização, referindo a diminuição de contactos motivada por uma menor proximidade física.

O tamanho médio da rede pessoal da pessoa idosa institucionalizada é composta em média, por 11 indivíduos.

Em relação ao tipo de apoio prestado pelos diferentes elementos da rede social pessoal, e percecionada pela pessoa idosa institucionalizada, constatámos que as pessoas idosas, da presente amostra, revelam que recebem muito apoio emocional, na sua maioria proveniente da família.

Ao considerarmos a análise por género, verificamos que dentro da dimensão da família, são as esposas e as filhas que muito apoio emocional prestam, o que vai ao encontro das tradicionais divisões do género no seio familiar, em que a mulher exerce um papel mais expressivo.

O apoio instrumental/ financeiro, abrange situações de resolução de problemas práticos, actividades de apoio na vida diária, até à ajuda financeira, que são na sua maioria prestados pelos elementos da família. Cônjuges, primos e filhos assumem a este nível uma maior relevância. De mencionar que para além das prestações de pequenas ajudas materiais, estamos perante uma institucionalização com encargos financeiros mensais não sendo de todo, inusual, a partilha dos custos inerentes à estadia no lar.

Apesar da vocação mais instrumental presentes nos serviços praticados pelo lar, é de salientar que a perceção das pessoas idosas sobre este tipo de apoio, praticado pelos funcionários, não é valorizada.

Quanto à perceção do apoio informativo há que revelar o papel assumido por alguns dos elementos da família, bem como pelos funcionários. Mais significativo, é constatar de que na categoria nenhum praticamente todos os vínculos assumem valores extremamente elevados, com excepção dos funcionários, indo ao encontro da politica de informação inerente à prática dos cuidados.

Nas características funcionais, nomeadamente ao nível da companhia social, importa realçar o papel exercido pelos outros utentes, os quais, como elementos que integram a rede social pessoal da pessoa idosa, são apontados como pessoas que fazem muita companhia social, principalmente utentes do género feminino.

No que diz respeito ao acesso a novos contactos, há que salientar, por um lado, o tamanho reduzido da rede social pessoal da pessoa idosa, e por outro lado, o facto do espaço privilegiado do relacionamento se efectivar na maior parte das vezes no interior da instituição. Estas duas circunstâncias condicionam o acesso a novos contactos fazendo com que estes não sejam muito expressivos.

Em relação aos aspectos relacionados com a funcionalidade da rede social pessoal foi possível perceber que as pessoas idosas inquiridas estão muito satisfeitas com a sua rede.

As pessoas idosas institucionalizadas inquiridas, na sua maioria, contactam presencialmente uma vez por semana. É nesta regularidade de frequência que os filhos e os netos obtém o valor mais elevado. São aliás, os filhos e netos aqueles que revelam uma maior dispersão de contactos

pelas diversas categorias de frequência analisadas neste trabalho. Segue-se a regularidade de uma vez por mês, não sendo menos significativa a frequência diária.

Constata-se que 32,9% dos filhos mencionados na rede social pessoal das pessoas idosas estabelecem contacto pessoal em períodos superiores a 1 mês. Aqui é mais significativo o valor referente à frequência de uma vez por ano com 27,4%.

Situação muito semelhante em relação aos netos com 37,7%. Aqui é mais significativo o valor referente à frequência de uma vez por ano com 33,8%.

A frequência mencionada por parte das pessoas idosas em relação aos seus familiares, (filhos e netos) é em parte justificada pela distância a que estes se encontram da pessoa idosa institucionalizada. A maioria reside a mais de 1000 km de distância, o que denota uma influência directa, do factor distância, na regularidade dos contactos presenciais.

A ausência de contactos presenciais é compensada pela existência de uma maior regularidade de contactos telefónicos, na frequência de uma vez por semana.

É nesta regularidade de frequência, e meio de contacto, que os netos, os filhos, e os irmãos obtêm o valor mais elevado.

A pessoa idosa institucionalizada participa nas actividades promovidas pela instituição, embora, algumas, reconheçam que gostariam de ter outro tipo de actividades, mas de um modo geral, a população inquirida considera que as actividades promovidas são suficientes para a promoção do seu bem-estar e integração social. As actividades desenvolvidas pela instituição são diversificadas e orientadas para a integração social da pessoa idosa. Os utentes participam nos principais eventos comunitários do concelho Machico, nomeadamente carnaval, e mercado quinhentista. Realiza múltiplas exposições de trabalhos apresentados em espaços comunitários como forma de integração e valorização social da pessoa idosa junto da comunidade.

Os intercâmbios com escolas do concelho são uma constante. Tem um projecto de contos infantis, dinamizado por utentes da instituição, que percorre de forma itinerante as escolas do concelho.

Desenvolve vários ateliers em conjunto com as crianças do infantário, onde as pessoas idosas exercem o seu papel de avós e fazem a transmissão de saberes aos mais novos.

Praticamente a totalidade considera que a instituição se encontra organizada de forma a acolher e promover as suas relações familiares e de amizade (96,4%). A este propósito podemos referir que a instituição segue uma política de abertura às famílias e à comunidade em geral. Não tem horários de visitas, estas podem ocorrer a qualquer hora do dia. Não existem restrições de saídas

salvo contra-indicação médica. Inclusive as famílias e amigos dos utentes podem almoçar ou jantar na instituição, em conjunto com a pessoa idosa. Entre outras situações, é-lhes dada a possibilidade de pernoitar junto com o seu familiar institucionalizado.

Em relação ao lar a maioria dos inquiridos realçou o facto de ter protecção no lar e se sentir seguro. Para esta avaliação muito positiva terá contribuído o facto do Lar Agostinho Cupertino da Câmara assegurar prestação de cuidados de saúde (médico e enfermeiro) 24 horas, sete dias por semana.

Em relação à organização e funcionamento da instituição, a população idosa inquirida atribui um elevado grau de satisfação, nomeadamente em relação às normas e regras de funcionamento. Há que realçar a avaliação muito positiva feita pelas pessoas idosas às relações de proximidade existente entre os funcionários e os utentes no lar.

A maioria (57,1%) dos inquiridos mencionou que após a sua institucionalização se verificou uma redução do número de pessoas com as quais se relacionam de forma significativa, e dessa forma um estreitamento da rede marcado tanto por perdas como por uma desvinculação em relação à participação na vida social e até familiar.

Apesar destes números comprovarem a tendência natural para a diminuição da rede, não deixa de ser digno de referência a constatação de que cerca de 50 % dos inquiridos terem mencionado a introdução de novos elementos significativos na sua rede pessoal, após a institucionalização, nomeadamente funcionários e outros utentes da instituição. O que comprova uma certa recomposição da rede. Esta realidade traduz situações de adaptação bem-sucedidas à instituição, em que se estabelecem laços de profunda afectividade com outros utentes e funcionários.

Conclusão

O envelhecimento deve ser uma questão prioritária porque somos um dos países mais envelhecidos do Continente Europeu. Segundo o relatório das Nações Unidas, publicado em 2015 sobre projecções demográficas no Mundo, Portugal consta dos seis países que estão a envelhecer mais depressa. A estimativa feita pela organização aponta que em 2050 cerca de 40% da população portuguesa terá mais de 60 anos.

A evolução da sociedade, as transformações ao nível do papel da família e o envelhecimento da população faz com que sejamos desafiados todos os dias a dar respostas para as necessidades das pessoas idosas.

A institucionalização impõe-se, muitas vezes, tanto para a família como para as próprias pessoas idosas como a única alternativa possível. Muitas destas têm de ter resposta de institucionalização. Esta institucionalização implica a perda de laços familiares tão importantes para o bem-estar e integração social deste grupo da população.

O presente trabalho teve como objectivo contribuir para o estudo desta problemática. Pretendemos destacar as relações que as pessoas idosas estabelecem com os seus familiares e amigos, analisar a rede pessoal social da pessoa idosa na sua dimensão estrutural, dimensão funcional e relacional. Não esquecendo, a forma como a instituição se organiza desenvolve estratégias e mobiliza recursos no sentido de promover a manutenção e reforço das relações familiares.

Uma integração social bem-sucedida depende em grande parte do acolhimento na instituição e do convívio com pessoas próximas, amigos e familiares.

Através deste estudo foi possível concluir que para a maioria dos inquiridos, após a sua institucionalização, sentem que a sua relação com os seus familiares e amigos foi afectada, verificando-se uma redução do número de pessoas com as quais se relacionam de forma significativa, registando-se um estreitamento da rede social pessoal.

Esta constatação demonstra uma ligeira degradação da relação na rede social pessoal percecionada pela pessoa idosa com a sua institucionalização.
Constata-se uma diminuição no tamanho da rede e um aumento da relevância absoluta dos familiares na composição da rede.

Apesar desta diminuição, não deixa de ser digno de referência a constatação de que cerca de 50 % dos inquiridos terem mencionado a introdução de novos elementos significativos na sua rede pessoal após a institucionalização, nomeadamente funcionários e outros utentes da instituição. O que comprova uma certa recomposição da rede.

Na dimensão funcional, o apoio é fundamentalmente prestado por familiares, que predominam na rede social pessoal, como os filhos e os cônjuges. Esta predominância, conjugada, com a maior frequência de contactos gera na pessoa idosa um nível de satisfação com a vida mais elevado o que se traduz na avaliação global positiva para com os elementos que fazem parte da família.

A frequência de contactos e qualidade desses contactos são determinantes para a satisfação com a vida, o que contribui para uma maior facilidade de adaptação, integração social e bem-estar da pessoa idosa.

Nesta perspectiva multidimensional destaca-se a importância da família enquanto garante de bem-estar e integração da pessoa idosa institucionalizada.

Podemos concluir que a família, assume um papel muito importante no processo de institucionalização das pessoas idosas na Santa Casa da Misericórdia de Machico.

Constata-se a existência de uma forte complementaridade entre o apoio formal, fornecido pela instituição, e o apoio informal, fornecido pelas famílias, o que é evidente pelos índices de satisfação não só manifestados para com a instituição como também para com a rede social pessoal.

Podemos assumir que esta complementaridade existe e é benéfica, tanto para a integração como para o bem-estar da pessoa idosa.

No entanto de forma a promover as relações familiares das pessoas idosas institucionalizadas na SCMM. propomos a criação de comissões de representantes dos familiares no seio da instituição, por forma a garantir não só um maior envolvimento, mas também aumentar os índices de participação das famílias na vida da instituição. Acreditamos que a sua criação contribuirá para a delineação de novas estratégias orientadas para as reais expectativas e necessidades da população idosa residente.

A instituição deverá promover parcerias com as várias entidades da comunidade, para o desenvolvimento de novas actividades no exterior da instituição, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento de novos contactos e expansão da rede social pessoal da pessoa idosa.

O estabelecimento de contactos através da internet revelou-se extremamente reduzido, o que nos leva a acreditar que a introdução de um atelier de informática, nas actividades ocupacionais da instituição, bem como, a aquisição de alguns equipamentos permitirão no futuro reduzir as distâncias com os familiares ausentes da RAM. Esta sugestão é tanto, ou mais, importante se tivermos em conta as características da rede social pessoal da pessoa idosa, apresentadas no decurso deste trabalho, relativamente ao vínculo e à grande dispersão geográfica a que se encontram.

Bibliografia

Antonucci, T.C. (1990) "Social Supports and Social Relationships", in R.H. Binstock & L. K. George (eds) *The Handbook of Aging and the Social Sciences*, 3rd edn. San Diego, CA: Academic Press. Ch. 11, 205-226.

António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. *Serviço social no envelhecimento*, 81-103.

Ayèndez, M. S., (1994). El apoio social informal, in: Perez, E., *La atención de los ancianos: um desafio para los anos noventa.* Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud: nº 546, 68-361.

Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., Ribeiro, O. (2017), Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência functional. In *Enfermaria Universitaria*, Vol. 14, Issue 2, April-June, 97-103. Acedido 14 de Julho de 2017, em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300180

Baltes, C. (1996), "The Process of Sucessfull Agien", *Revista Ageing and Society*, nº 16, 397-422.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global – Processo de Enfermagem por Necessidades.* Lisboa. Lusodidacta.

Bernardo, M (1987). Para melhor actuar no âmbito de uma instituição. In Pessoas Idosas e Comunicação. Lisboa: Direção Geral de Acção Social.

Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: guia prática.* Barcelona: Ed.

Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade - lembranças de velhos* (3ª ed.). São Paulo: Cia das Letras.

Bromley, D. B., (1966). *Psicologia do Envelhecimento Humano.* Lisboa: Editora Ulisses.

Bruto da Costa, A. (2007). *Exclusões Sociais* (6ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Cabral, M. & Ferreira P. (s. d.). *Envelhecimento Activo em Portugal - Trabalho, reforma, lazer e Redes sociais.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Camejo, M. (2013). Institucionalização: o fim da linha?

Dissertação apresentada ao departamento de Psicologia Social e Organizacional, do Instituto Superior de Línguas e Administração para obtenção do grau de mestre orientada por José Magalhães. Leiria.

Capitanini, M. E. (2000) Sentimento de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas, vivendo sós.

Tese apresentada à Faculdade de Educação, da UNICAMP, Campinas.

Cardão, S. (2007). *O Idoso Institucionanizado* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Cardoso, S., Santos, M., Baptista, M. Clemente, S. (2012) Estado e políticas sobre a velhice em Portugal (1990-2008) in *Análise Social*, 204, julho, 606-630, Lisboa. Acedido em 10 de julho de 2017 em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000325732012000300000

Carmo, R. M. & André B. (Orgs.) (2014), *Estado Social, de todos para todos*, Lisboa, Tinta da China

Carrajo, M,. (1999), *Sociologia de los Maiores.* Salamanca: Publicaciones Universidad Pontíficia de Salamanca.

Carrilho, M. J. (2007). "Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual". *In Revista de Estudos Demográficos.* nº 40, Lisboa: INE, pp. 21-37.

Carvalho, I. & Almeida, P. (2003). "Família e Proteção Social". In São Paulo em Perspectiva, Nº 17 (2), pp. 109-122. Acedido em 17 de julho de 2015, em http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a12v17n2.pdf.

Carvalho, M. I. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. In *Revista Kairós*, São Paulo, 12 (1), Janeiro, 77-96. Acedido a 15 de julho de 2017, em https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2781/1816.

Carvalho, M. I. (Coord.), Martins, A., Garcia, A., Gil, A., Callén, B., Pinto, C., et al., (2013). *Serviço Social no Envelhecimento.* Lisboa: Lidel.

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos Institucionalizados. Millenium, Acedido 15 de julho 2016, em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf.

Carvalho, M. I. (2012) *Envelhecimento e Cuidados Domiciliário em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Editor Coisas de Ler.

Castro, C. (2007). Representações Sociais dos enfermeiros face ao idoso, em contexto de prestação de cuidados.

Dissertação apresentada à Universidade Aberta para obtenção do grau de mestre, orientada por Maria Natália Ramos, Lisboa.

Conceição, J., (2012). Envelhecimento de Idosos Institucionalizados - Formação de Auxiliares de Acção Directa na Associação Casapiana de Solidariedade.

Dissertação apresentada ao departamento de Serviço Social, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia para obtenção do grau de mestre, orientada por Maria Irene Carvalho. Lisboa.

Cordeiro, J. (1994). *A saúde Mental e a Vida.* Lisboa: Edições Salamandra

Correia, J., (2003), *Introdução à Gerontologia*, Lisboa, Universidade Aberta.

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research.* London: Sage Publication.

Dias, M. (2011). Um Olhar Sobre a Família na Perspectiva Sistémica, o Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *In Gestão e desenvolvimento*, Nº 19, pp. 137-156. Acedido em 17 de julho de 2015, em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf.

Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 1(55), 34-43.

Dunst, C. Trivette (1990) Assessment of social support in family intervention pograms. In S. Meisels, & J. Shonroff (eds) *Handbook of eraly childhood intervention*, 326-349, New York. Cambridge University press.

Esquivel, L. R., et al. (2009). Aportes para una conceptualizacion de La vejez. Revista de Educacion e Desarrollo, 11, 47-56.

Fechine, B. R. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Interscience place*. Revista Científica nacional, 1 (7).

Fernandes, A., (Eds.). (1996) III Congresso Português de Sociologia [III CPS]. Actas. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. Acedido em 17 de julho de 2016, em:

http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR49245f23900c5_1.pdf .

Fernandes, A., (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais* em Portugal, Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecer Activo, Envelhecer Saudável: o Grande Desafio. *In Forúm Sociológico,* nº 17, II Série, 11-16.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão.* Coimbra: Quarteto.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no Idoso* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Fernandes, J. (2016), *A Economia Social em Portugal. Necessidades, perspetivas e fontes de financiamento*, Lisboa.

Fernandes, S (2010). Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos, Um Estudo de Caso.

> Dissertação apresentada ao departamento de Ciências da Educação e do Património, para obtenção do grau de mestre orientado por Luísa Reis Lima e Arthur Moreira da Silva Neto.

Fernandez-Ballesteros, R. et al. (2010). The concept of *ageing well.* in the Latin Americam and European countries". *In Ageing&Society,*30, 4-56.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente.* Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. M. (2004) - *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. M., (2005) *Desenvolvimento Humano e o envelhecimento*. Manuais Universitários, 35, Lisboa. Climepsi.

Fonseca, A. M., (Coord.), Fernandes, A., Botelho, A., Almeida, H., Fernandes, L., Loureiro, H. et al., (2014) – Envelhecimento, saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos. Lisboa.

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

Fontes, B., (2004). A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. *In Redes Revista Hispânica para Análise de Redes Sociais,* 7 (2), 01-33.

Fortin, M., Côte, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Lisboa: Lusodidacta.

Giddens, A., (1996). *Sociologia* (2 ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.

Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goffman, E.(1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede. Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social.* Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guedes, J. (2012) *Viver num lar de idosos? Identidade em risco ou identidade riscada?* Lisboa: Coisas de Ler.

Guillemard, A.M. (1986). *Le Déclin du Social. Formation et Crise des Politiques de la Vieillesse.* Paris. Presses Universitaires de France.

Instituto Nacional de Estatística,(INE) www.ine.pt

Instituto de Segurança Social da RAM. Carta Social da RAM 2013.

Instituto de Segurança Social da RAM. Carta Social da RAM 2015.

Jacob (2001). A velhice. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.

Jacob, L.(2002a). Origem e desenvolvimento das IPSS. Acedido em 17 de junho de 2015, em http\\www.socialgest.pt.

Jacob, L.(2002b). Serviços para idosos. Acedido em 17 de junho de 2015, em: http\\www.socialgest.pt.

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos* (3ªed.). Porto. Ambar.

Lakatos, E. & Marconi, M. (2001). *Fundamentos de metodologia científica* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Leal, A., (1985). "As Políticas Sociais no Portugal de Hoje." Análise Social, Vol. XXI (87-88-89), 1985-3º-4º-5º, 925-943. Acedido em 07 de junho de 2016, em: http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223479193I9kKF4jx8Yk14UL2.pdf-

Leitão et al., (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. (versão eletrónica). International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psychology. Vol1, Num.1. Acedido em 16 de abril de 2016 http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/279

Leme, L. & Silva, P.C.P., (2002). "O Idoso e a Família", in Netto, Matheus Papaléo, Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada, São Paulo, Atheneu, 92-97.

Lemos, M. (Coord.), (2005). As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos. Observatório de Idosos e Grandes dependentes. União das Misericórdias Portuguesas. Lisboa: Fundação Oriente.

Leseman, F.& Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro do "Welfare-Mix*". Sociologia Problemas e Praticas*, nº 17, pp, 115-139.

Lima, M.P. (2010). *Envelhecimento(s), Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lopes, M. (2010). Imagens e Estereótipos de Idosos e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados.

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clinica e da Saúde. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Lubben, J. (2006). Performence of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale. Gerontologist, 46 (4), 503-513.

Lucena, M., (1976) A Evolução do Sistema Corporativo Português, Vol, II, O Marcelismo, Lisboa: Perspectivas & Realidades.

Medeiros, J. M. (2010). Depressão no Idoso.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, para obtenção do grau de mestre orientada por Rui Coelho, Porto.

Medeiros, T. (Coord.), Sá, D., Neves, M. Novo, R., Moniz, J., Tomás, L., et al., (2016). *(Re) Pensar as pessoas idosas no Século XXI*. Ponta Delgada, Letras Lavadas Edições.

Mesquita, J. A. (2011). Suporte Social e Redes de Apoio Social em Idosos.

Tese apresentada ao departamento de Psicologia Clínica do ISPA-Instituto Universitário, para obtenção do grau de mestre orientada por José Ornelas, Lisboa.

Martin, J.J. (2005). "O cuidado informal no âmbito social". In: Paúl, C. & Fonseca (coord.). Envelhecer em Portugal. Lisboa. Climepsi.

Martins, R., (2005). A relevância do apoio social na velhice. *In Educação Ciência e Tecnologia*. 128-134.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Carta Social 2015. Acedido em 16 de setembro de 2017 em: http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2015.pdf

Motta, E. (1989). Envelhecimento Social. A Terceira Idade. (2), 16-39.

Motta, L. B. D., & Caldas, C. P. (2004). Processo do envelhecimento. In *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp. 117-124). Interciência.

Nazareth, J. (2009). *Crescer e envelhecer - constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico.* Lisboa: Editorial Presença.

Neri, A. L. e Carvalho, V. A. M. L. (2002). "o bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais". In: E. V. Freitas, e col. (eds.), Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Neto, M. J.& Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. Acedido em 15 julho 2016, em: http://www.spgg.com.pt/UserFiles/File/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf

Neves, H. (2012). Causas e consequências da Institucionalização de idosos.

Dissertação apresentada ao departamento de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para obtenção do grau de mestre orientada por Márcia Kirzner. Covilhã

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso.* Porto: Livpsic-Psicologia.

Osório, A. R. (2007), Os Idosos na Sociedade Actual. In Osório A. R., & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas -Contexto Social e Intervenção Educativa,* (S.Silva, & R. Martins, Trads., 1ªed., pp.11-46). Lisboa: Instituto Piaget.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, conceitos e áreas de investigação (versão eletrónica). *Análise Psicológica*, 2-3, (xii), 333-339. Acedido em 16 de abril de 2016 http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3103/1/1994_23_333.pdf

Pacheco, J. A. (1993). O pensamento e a acção do professor em formação.

Tese de Doutoramento. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Palhoto, C., (1997). O auto-conceito em Idosos Institucionalizados. Monografia do curso de Psicologia, ULHT. Documento Policopiado. Lisboa

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – idosos, família e meio ambiente.* Coimbra: Almedina.

Paúl, C. (1997). *Psicossociologia da saúde.* Lisboa: Climepsi Editora.

Paúl, C. (2005). "Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social". In Sociologia, 15, pp.275-287.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal.* Lisboa: Climepsi Editora.

Paúl, C. & Ribeiro, O. (Cord.), Almeira, H., Fonseca, A., Lima, M., Pinho, M., Afonso, M. et al., (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa: Lidel.

Pereira, F. (2007). "A importância da Manutenção Relações Familiares para o Idoso Institucionalizado". Acedido em 17 de julho de 2015, em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3626/3/Artigo%20RTG2.pdf.

Pereira, F, Magalhães, C., Vara, M., Costa, R., Jacob, L., Domingues, M., et al.; Coordenação (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia Para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicoforma.

Pereirinha, J. A. & Carolo, D. F. (2009), A Construção do estado-providência em Portugal: Evolução da despesa social de 1935 a 2003, Gabinete de História Económica e Social, Lisboa.

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

Pimentel, L.G. & Albuquerque, C.P. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. Textos & Contextos (Porto Alegre) [online] 2010, 9 (Agosto – Dezembro). Acedido em 16 de abril de 2016 em http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7783/5787

Pinheiro, S. & Bernardes, A. (2014). Anatomia do Envelhecimento, In: Geriatria Fundamental, Saber e Praticar, Veríssimo, M. (coord.), Lidel, Lisboa.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Relvas, A., (1996). *O ciclo Vital da Família:* Perspectiva Sistémica. Porto: Afrontamento.

Ribeiro, A. P., (2007). Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos.

Tese apresentada à Secção Autónoma Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro para a obtenção do grau de mestre, orientada por Liliana Xavier Matos Sousa.

Ribeirinho, C. (2005). Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicilio.

Tese apresentada ao Departamento de Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa para a obtenção do grau de mestre, orientada por Francisco José do Nascimento Branco, Lisboa.

Robert, L. (1995). *O Envelhecimento- Factos e Teorias*, Lisboa, Instituto Piaget.

Rodrigues, R. (Coord.). Silva, S., Crespo, S., Ribeiro, C., Pereira, F., Martim, J. et al., (2014). *Os Muito Idosos: Estudo do envelhecimento em Coimbra. Perfis funcionais e intervenção.*

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra.

Santos, D. (2008). As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idosos Dependente. Um Estudo no Concelho da Lourinhã.

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Lisboa.

Santos, F. & Encarnação (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice.* Faro: Edições CRSS do Algarve.

Schneider, R. & Irigaray, T. (2008) O Envelhecimento na Actualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.*in Estudos de Psicologia.* Campinas, 25 (4), pp. 585-593.

Sequeira, C. (2007), *Cuidar de Idosos Dependentes.* Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010), *Cuidar de Idosos Com Dependência Física e Mental.* Lisboa, Lidel.

Silva, J. M. (2014). Perfis das redes sociais pessoais de idosos com e sem apoio de respostas sociais.

Tese apresentada ao departamento de Serviço Social do Instituto Superior Miguel Torga, para obtenção do grau de mestre orientada por Sónia Guadalupe, Coimbra.

Slejop, (2000). *As relações de família.* Lisboa. Editorial Presença

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la practica sistemica*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Sluzki, C. (2000). Social network and the elderly. Family Process, 39(3): 271-84.

Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multiproblem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2): 159-75.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família-cuidados familiares na velhice* (1ª ed.). Porto: Ambar.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer Em Família, Cuidados Familiares na Velhice* (2ª ed.). Porto: Âmbar.

Sousa, L. Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e Envelhecimento: o Último Estádio do Ciclo de Vida. *In Paúl, Constança; Ribeiro, Oscar- Manual de Gerontologia.* 1ª Ed. Porto. Lidel (pag. 255-271)

Spar, E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi.

Tomasini, S. & Alves. (2007). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso de vida.* USP.

Vaz, E., (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Walker, A. (2002). "A Strategy for Active Ageing", in *International Social Security Review*, 55 (1), pp.121-140.

Wall, K. (2002). "Dinâmicas familiares e políticas de família na União Europeia: que evolução? - Família, Género e sexualidade nas sociedades contemporâneas". *In Actas do Colóquio Internacional*, Lisboa: APS.

Zimerman, G. I. (2000). Velhice: Aspetos Biopsicossociais. Porto alegre. Artes Médicas Sul. in: http://pascal.iseg.ulisboa.pt/~ghes/wp/wp362009.pdf - Consultado em 10-06-2016

ANEXOS

ANEXO I- Questionário

Título do Estudo: As Relações Familiares no Processo de Institucionalização das Pessoas Idosas na Santa Casa da Misericórdia de Machico.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia e orientado pela Senhora Professora Doutora Maria Irene Carvalho.

Neste âmbito pretendemos compreender como a manutenção de laços familiares após a institucionalização contribui para o processo de integração e bem-estar da pessoa idosa numa unidade residencial. Compreender se as famílias acompanham o processo de institucionalização do seu familiar mantém contactos regulares, e assumem um papel ativo e participativo na instituição, facilitando o processo de integração da pessoa idosa na instituição e contribui para o seu bem-estar.

A sua participação é muito importante, livre e voluntária, podendo dela se retirar a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo.

A recolha dos dados será efectuada num ambiente de total privacidade.

Os dados recolhidos serão objecto de confidencialidade e anonimato, destinando-se apenas a cumprir os objectivos do presente estudo.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram facultadas. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados facultados, na condição de que apenas serão utilizados para os fins propostos sob garantia de respeito pela minha confidencialidade e anonimato.

Nome:_____

Assinatura:_____Data:_____/____ /_____

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo. Ao aceitar participar, por favor responda a todas as questões que compõem o presente questionário, excepto às que não se aplicam à sua situação.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FAMILIARES

1. Sexo: □ Masculino □ Feminino

2. Idade: ___(anos)

3. Estado civil? _
Solteiro/a □__

Casado/a ou em união de facto □

Viúvo/a □

Divorciado/a ou separado/a □

3.1. Se é viúvo/a, refira há quanto tempo _____ (meses/anos – riscar o que não interessa)

3.2 Se é divorciado/a ou separado/a, refira há quanto tempo _____ (meses/anos – riscar o que não interessa)

4. Tem filhos?
□ Sim

□ Não

4.1 Se sim, quantos filhos e filhas vivos tem?

Filhas□□ Filhos □□ (nº total: □□)

5. Indique qual o Concelho /Região/País de proveniência:
□ Machico/RAM

□ Funchal/RAM

□ Santa Cruz/RAM

□ Santana/RAM

□ Câmara de Lobos/RAM

□ Calheta/RAM

□ Ribeira Brava/RAM

 Porto Santo/RAM

 Ponta do Sol/RAM

 Porto Moniz/RAM

 São Vicente/RAM

 Açores

 Continente Português

 Outro País

6. Habilitações Literárias

 Não sabe ler nem escrever

 Sabe ler e escrever (sem possuir grau de ensino)

 4.ª classe (1.º ciclo do ensino básico)

 Ensino preparatório (2.º ciclo do ensino básico)

 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)

 12.º ano (ensino secundário)

 Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento – sublinhar o grau)

CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS E DE APOSENTAÇÃO

7. Indique onde é que desenvolveu grande parte da sua vida activa:

 Machico/RAM

 Funchal/RAM

 Santa Cruz/RAM

 Santana/RAM

 Câmara de Lobos/RAM

 Calheta/RAM

 Ribeira Brava/RAM

 Porto Santo/RAM

 Ponta do Sol/RAM

 Porto Moniz/RAM

 São Vicente/RAM

 Açores

 Continente Português

 Outro País

8. Indique a sua profissão anterior à aposentação

 Doméstica

 Agricultor

 Pescador

 Operário

 Motorista

 Costureira

 Comerciante

 Empresário

 Professor

 Funcionário administrativo

 Outro_____

9. Há quanto tempo está aposentado? _____ (meses/anos – riscar o que não interessa)

10. Motivo(s) de reforma (pode indicar mais do que uma opção):

 Idade

 Tempo de serviço

 Invalidez/Saúde

 Opção/reforma antecipada

 Interesses pessoais (mais tempo livre, mais tempo para família)

 Stress profissional (não gostava do trabalho, trabalho causava stress, trabalho exigente fisicamente)

□ Pressões (problemas no emprego, indemnização)

□ Circunstâncias (problemas de saúde de familiar/cônjuge)

□ Outro, qual?_____

10.1. Qual foi o motivo que mais pesou? _____

11. A sua profissão implica/implicava lidar com:
□ Muita gente □ Pouca gente □ Quase ninguém

12. Qual é o seu rendimento mensal?

□ Inferior a 500 euros

□ Entre 500 a 1000 euros

□ Entre 1001 a 1500

□ Entre 1501 a 2000

□ Superior a 2000

□ Não sabe / não responde

13. Quem gere o seu património
□ O próprio

□ Outros. quem?_____

14. Considera que os seus rendimentos:

□ Não são suficientes para os gastos

□ Cobrem os gastos mas não permitem poupar nada

□ Cobrem os gastos e permitem poupar

15. Indique se o pagamento da mensalidade do lar é proveniente de:
□ Rendimentos próprios

□ Rendimentos próprios e ajuda de familiares

□ Rendimentos próprios e ajuda da segurança Social

□ Ajuda da família

□ Seguros

EMIGRAÇÃO

16. Foi emigrante nalgum período da sua vida?

□ Sim □ Não (se respondeu não, deve reiniciar as suas respostas na questão Nº18)

16.1. Se respondeu que sim na questão anterior, esteve emigrado durante quanto tempo? _____ (meses/anos – riscar o que não interessa)

16.2. Se respondeu que sim na questão anterior, regressou a Portugal há quanto tempo? _____ (meses/anos – riscar o que não interessa)

17. Há quanto tempo vive nesta zona? _____ (meses/anos – riscar o que não interessa)

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

18. Como avalia a sua qualidade de vida?

□ Muito Má

□ Má

□ Nem Boa Nem Má

□ Boa

□ Muito Boa

19. Como avalia a sua mobilidade?

□ Muito Má

□ Má

□ Nem Boa Nem Má

□ Boa

□ Muito Boa

20. Está satisfeito com a sua saúde?

□ Muito satisfeito

□ Satisfeito

□ Nem satisfeito / nem insatisfeito

□ Insatisfeito

□ Muito insatisfeito

21. Durante quanto tempo se sentiu-se uma pessoa feliz, durante o ultimo Mês ?
_____

22. Há pessoas a quem me sinto chegado.
Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
Muitas vezes

23. Sinto-me excluído.
Nunca

 Raramente

 Algumas vezes

Muitas vezes

24. Está satisfeito com a sua vida?
 Sim
 Não

INSTITUCIONALIZAÇÃO E REDE SOCIAL PESSOAL

25. Há quanto tempo está institucionalizado?
 Menos de 1 ano

 Entre 1 a 3 anos

 De 3 a 5 anos

 De 5 a 7 anos

 De 7 a 9 anos

 De 9 a 11 anos

 + de 11 anos

26. Qual foi o motivo da sua institucionalização?
 Vivia só

 Impossibilidade de apoio familiar

 Perda de autonomia

□ Dificuldades financeiras

□ Falta de preparação para os cuidados

□ Estado de saúde que exige cuidados especializados

□ Outras (por favor especifique)_____

27. De quem partiu a ideia da institucionalização?
□ Filhos

□ Cônjuge

□ Própria pessoa

□ Assistente social

□ Outros familiares_____

□ Amigos

28. Considera que houve alguma influência da sua família no processo de institucionalização?
□ Sim □ Não

28.1. Se respondeu sim diga de quem?_____

29. O internamento foi realizado por vontade do próprio?
□ Sim □ Não □ Não sabe /Não responde

30. Com quem vivia antes da sua vinda para este lar?
□ Sozinho na sua casa

□ Na sua casa na companhia de familiares

□ Em casa de familiares

□ Em outra instituição

□ Outra situação: _____ (ex. rotatividade na casa de filhos, etc.)

31. Se não vivia sozinho, com quem vivia? (Refira todos os elementos do seu agregado familiar - vínculo) (Se vivia em outra instituição não responda)

_____

_____

_____

_____

32. Como classifica a sua relação com os seus familiares antes da sua institucionalização?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Má

☐ Muito Má

33. Como classifica a sua relação com os seus amigos /vizinhos antes da sua institucionalização?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Má

☐ Muito Má

34. Agora que se encontra institucionalizado(a), caso necessite de ajuda a quem habitualmente recorre?

☐ À família
☐ Aos Amigos
☐ Aos Vizinhos
☐ Aos Funcionários da Instituição
☐ Outros, Quais?_____

35. Com que membros da sua família contacta habitualmente?_____

36. Agora que se encontra institucionalizado, diga qual dos membros da sua família considera mais importante para si?_____

37. Para além dos seus familiares que outras pessoas ou grupos são importantes para assegurar o seu bem-estar?

38.1 Amigos

☐ Nada relevante

☐ Pouco relevante
☐ Nem muito nem pouco relevante
☐ Relevante
☐ Muito relevante

38.2 Vizinhos

☐ Nada relevante
☐ Pouco relevante
☐ Nem muito nem pouco relevante
☐ Relevante
☐ Muito relevante

38.3 Outras pessoas institucionalizadas

☐ Nada relevante
☐ Pouco relevante
☐ Nem muito nem pouco relevante
☐ Relevante
☐ Muito relevante

38.4 Profissionais da Instituição

☐ Nada relevante
☐ Pouco relevante
☐ Nem muito nem pouco relevante
☐ Relevante
☐ Muito relevante

39. Considera que a Instituição se encontra organizada de forma a acolher e promover as suas relações pessoais e familiares?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/ Não responde

40. Costuma participar em eventos familiares
☐ Sim ☐ Não

41 Apos a sua institucionalização alguma vez voltou a frequentar a casa de familiares?
☐ Sim ☐ Não

42. Se respondeu que sim na questão anterior diga, com que frequência?
☐ Diariamente

☐ Uma vez por semana

☐ De Quinze em quinze dias

´ ☐ Uma vez por mês

☐ Somente em dias festivos

☐ Outra, qual?_____

43. Após a sua institucionalização, com que regularidade se ausenta da instituição na companhia dos seus familiares?

☐ Diariamente

☐ Uma vez por semana

☐ De Quinze em quinze dias

☐ Uma vez por mês

☐ Somente em dias festivos

☐ Outra, qual?_____

44. Após a sua institucionalização, com que regularidade se ausenta da instituição na companhia de amigos?

☐ Diariamente

☐ Uma vez por semana

☐ De Quinze em quinze dias

☐ Uma vez por mês

☐ Somente em dias festivos

☐ Outra, qual?_____

45.Em que tipo de eventos ou actividades costuma participar na companhia dos seus amigos e familiares?_____

46.Com que frequência recebe visitas de familiares na instituição?

☐ Diariamente

☐ Uma vez por semana

☐ De Quinze em quinze dias

☐ Uma vez por mês

☐ Somente em dias festivos

☐ Outra, qual?_____

47.Como avalia a frequência das visitas dos seus familiares?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Reduzida

☐ Muito reduzida

48.Com a sua institucionalização sente que a relação com os seus familiares foi afetada?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/ Não responde

49. Se respondeu que sim na questão anterior diga de que forma?_____

_____

50. Com que frequência recebe visitas de amigos /vizinhos na instituição?

☐ Diariamente

☐ Uma vez por semana

☐ De Quinze em quinze dias

☐ Uma vez por mês

☐ Somente em dias festivos

☐ Outra, qual?_____

51. Como classifica a sua relação com os seus familiares após a sua institucionalização?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Má

☐ Muito Má

52. Como avalia a frequência das visitas dos seus familiares?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Reduzida

☐ Muito reduzida

53. . Com a sua institucionalização sente que a sua relação com os sues familiares foi afectada?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe/não responde

54. . Se respondeu sim, de que forma?_____
_____

55. Como classifica a sua relação com os seus amigos após a sua institucionalização?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Má

☐ Muito Má

56. Como avalia a frequência das visitas dos seus amigos/vizinhos?

☐ Muito Boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Reduzida

☐ Muito reduzida

57. Com a sua institucionalização sente que a sua relação com os seus amigos/vizinhos foi afectada?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/ Não responde

58. Se respondeu que sim na questão anterior diga de que forma?_____
_____

59. Indique quais as pessoas mais significantes para si.

MUDANÇA PERCEBIDA COM O TAMANHO DA REDE APÓS A INSTITUCIONALIZAÇÃO

60. Pensando nas pessoas que tem sido significativas na sua vida, considera que, desde que foi institucionalizado o número de pessoas com que se relaciona:

☐ É muito menor que antes

☐ É menor que antes

☐ É aproximadamente o mesmo

☐ É maior do que antes

☐ É muito maior do que antes

61. Nos últimos anos perdeu alguém importante para si, que colocaria na rede?

☐ Sim ☐ Não

62. Se respondeu que sim na questão anterior diga quem?_____
_____

63. Se respondeu sim na questão Nº 60 diga qual o motivo:_____
_____

64. Ao longo da sua vida, cortou relações com pessoas que considerava importantes para si?

☐ Sim ☐ Não

65. Se respondeu que sim na questão anterior diga quem?_____
_____

66. Se respondeu sim na questão Nº 63 diga qual o motivo:_____
_____

INSTITUCIONALIZAÇÃO, SATISFAÇÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL

67. Ao longo da sua vida participou activamente em associações e colectividades da sua comunidade (ligadas ao desporto, música, dança, folclore, arte, religião, voluntariado, etc.)?

☐ Sim ☐ Não

68. Se respondeu sim na questão anterior, actualmente, como considera o seu nível de participação comunitária (nas actividades referidas acima)?

☐ Não participo

☐ Pouco frequente

□ Muito frequente

69. Costuma participar no atos eleitorais?

□ Sim □ Não

70. Quando foi a última vez que votou._____

Está satisfeito com o seu nível de participação comunitária?

□Nada Satisfeito

□ Pouco Satisfeito

□ Satisfeito

□ Muito Satisfeito

71. Com que regularidade participa nas actividades desenvolvidas pela instituição

□ Diariamente

□ 1 vez por semana

□ 2 vezes por semana

□ Raramente

□ Nunca

72. Como costuma ocupar o seu tempo na Instituição

□ Sem Fazer algo

□ Ver TV

□ Praticar desporto/exercício físico

□ Ler

□ Conversar com familiares e amigos

□ Participar em actividades organizadas pela instituição

□ Passear

□ Outro. Qual?_____

73. Gostaria de participar em actividades diferentes na Instituição?

□ Sim □ Não

74. Se respondeu que sim na questão anterior, refira Quais?_____
_____

75. Indique se as actividades qua instituição oferece são suficientes para favorecer o seu bem estar e integração social.

□ Sim □ Não □ Não Sabe /não responde

76. De acordo com a sua situação actual, na sua opinião sente-se melhor onde?

□ No lar

□ No local onde residia antes de ser institucionalizado

□ Nem num nem noutro. Qual?_____

77. O que lhe agrada mais no Lar?

a. Ter protecção no Lar:

□ Nada Importante

□ Pouco Importante

□Nem Muito Nem Pouco Importante

□ Importante

□ Muito Importante

b. Sentir-se seguro

□ Nada Importante

□ Pouco Importante

□Nem Muito Nem Pouco Importante

□ Importante

□ Muito Importante

c. Não ter preocupações com o dia a dia

□ Nada Importante

□ Pouco Importante

□Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

d. Ter refeições a hora

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

e. Ter companhia com quem conversar

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

f. Ter assistência religiosa

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

78. O que é que lhe mais desagrada no Lar

a. Falta de liberdade

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

b. Falta de privacidade

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

c. Falta de atenção e afeto

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

d. Raramente ver as pessoas da minha família e amigos

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

e. Vida monótona

 Nada Importante

 Pouco Importante

Nem Muito Nem Pouco Importante

 Importante

 Muito Importante

f. Não ter nada que fazer

□ Nada Importante

□ Pouco Importante

□Nem Muito Nem Pouco Importante

□ Importante

□ Muito Importante

79. Considera que a sua individualidade é respeitada e desejos são atendidos?

□ Sim □ Não □ Não sei / Não responde

80. Sente-se apoiado na sua vivência na instituição?

□ Sim □ Não □ Não sei / não responde

81. Se, na questão anterior, respondeu sim diga por quem? _____
_____

82. No geral, está satisfeito com a organização e funcionamento da instituição?

□Sim □ Não

83. Está satisfeito quanto às normas e regras de funcionamento da Instituição?

□ Nada Satisfeito

□ Pouco Satisfeito

□Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

□ Satisfeito

□ Muito Satisfeito

84. Está satisfeito quanto às práticas e rotinas na prestação de cuidados?

□ Nada Satisfeito

□ Pouco Satisfeito

□Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

□ Satisfeito

□ Muito Satisfeito

85. Está satisfeito quanto à clareza nos procedimentos?

 Nada Satisfeito

 Pouco Satisfeito

Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

 Satisfeito

 Muito Satisfeito

86. Está satisfeito quanto à informação prestada?

 Nada Satisfeito

 Pouco Satisfeito

Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

 Satisfeito

 Muito Satisfeito

87. Está satisfeito quanto à disponibilidade?

 Nada Satisfeito

 Pouco Satisfeito

Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

 Satisfeito

 Muito Satisfeito

88. Está satisfeito quanto à tolerância?

 Nada Satisfeito

 Pouco Satisfeito

Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

 Satisfeito

 Muito Satisfeito

89. Está satisfeito quanto à proximidade dos técnicos e funcionários?

 Nada Satisfeito

□ Pouco Satisfeito

□Nem Muito Nem Pouco Satisfeito

□ Satisfeito

□ Muito Satisfeito

90. Gosta de viver no lar?
□ Sim □ Não □ Não sei / não responde

91. Se fosse hoje optaria por vir para o lar?
□ Sim □ Não □ Não sei / não responde

92. Recomendaria o lar a algum seu amigo ou familiar que necessitasse de ser institucionalizado?
□ Sim □ Não □ Não sei / não responde

93. Pensando nas pessoas que têm sido significativas na sua vida, considera que, desde que foi institucionalizado o número de pessoas com as quais se relaciona:
□ É muito menor que antes

□ É menor que antes

□ É aproximadamente o mesmo

□ É maior do que antes

Obrigado por ter despendido o seu tempo em responder a este questionário.

ANEXO II- **Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP) –(adaptada) (Guadalupe, 2009)**

Nº	Elementos da Rede	Vinculo	Sexo	Idade	Durabilidade	Frequência de contacto	Tipo de contacto	Residência (dispersão)	Apoi emocional	Apoio material e instrumental	Apoio informativo	Companhia social	Acesso a novos contactos	Satisfação do relacionamento
	Nome das pessoas com que se relaciona e são significativas na sua vida e/ou a apoiam.	Na família especifique o parentesco Os técnicos podem ser médicos psicólogos etc	Refira o sexo de cada elemento	Faixa etária de cada elemento	Há quanto tempo conhece cada elemento	1-Diaraimente 2-Algumas vezes por semana 3-Semanalmente 4-Algumas vezes por mês 5-Algumas vezes por ano	1-pessaolmente 2- telefonicamente 3- carta 4- internet	Vivia: 1 Na mesma casa 2 No mesmo bairro /rua 3 Na mesma terra 4 ate 50 km 5 a mais de 50Km	Estima-o dá-lhe afecto, e carinho num clima de simpatia e compreensão	Ajuda nas coisas do dia a dia empresta-lhe dinheiro ou bem em caso de necessidade	Dá-lhe informações uteis esclarece-o diz-lhe onde deve recorrer	Faz-lhe companhia	Diz-lhe a quem recorrer e/ou apresenta-lhe pessoas novas	1-Muito satisfeito 2-Satisfeito 3-Pouco satisfeito 4- Nada satisfeito
									Nivel de Apoio ou ajuda percebida: 1 – Nenhum; 2- Algum; 3- Muito					
		☐Família____ ☐Amigo ☐Vizinho ☐Tecnico	☐M ☐F	☐>=65 ☐18-64 Anos ☐<18 anos		☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3 ☐4
		☐Família____ ☐Amigo ☐Vizinho ☐Tecnico	☐M ☐F	☐>=65 ☐18-64 Anos ☐<18 anos		☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3 ☐4
		☐Família____ ☐Amigo ☐Vizinho ☐Tecnico	☐M ☐F	☐>=65 ☐18-64 Anos ☐<18 anos		☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3 ☐4
		☐Família____ ☐Amigo ☐Vizinho ☐Tecnico	☐M ☐F	☐>=65 ☐18-64 Anos ☐<18 anos		☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3	☐1 ☐2 ☐3 ☐4