



**ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
EM  
SERVIÇO SOCIAL**

***SATISFAÇÃO COM A VIDA E COM O LAR:  
UM ESTUDO EM CENÁRIOS INSTITUCIONAIS***

**Célia do Carmo Góis Estrela Matias**

**2010**



**ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

***A SATISFAÇÃO COM A VIDA E COM O LAR:  
UM ESTUDO EM CENÁRIOS INSTITUCIONAIS***

Dissertação de Mestrado em Serviço Social  
Apresentado ao I.S.M.T. e elaborado sob a orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Fernanda Daniel

Célia do Carmo Góis Estrela Matias

**2010**

Às minhas filhas

Ao meu marido

## **Agradecimentos**

Apesar de uma dissertação constituir um trabalho individual e solitário, há sempre contributos de natureza diversa que não podem deixar de ser evidenciados, pelo que aqui expresso com muita satisfação os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial é dirigido à Professora Doutora Fernanda Daniel, pela utilidade das suas recomendações, pela cordialidade com que sempre me recebeu, pela liberdade de acção que me permitiu ao longo deste trabalho e que foi decisiva para que o mesmo contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal.

Em segundo lugar gostaria de agradecer a todos os idosos institucionalizados que, incondicionalmente, colaboraram na recolha de dados.

Deixo também uma palavra de agradecimento às Directoras Técnicas dos Lares de Idosos de Miranda do Corvo que, de bom grado, dispensaram parte do seu tempo, assim como às respectivas instituições pela permissão na recolha de dados.

Gostaria ainda de agradecer à Dr.<sup>a</sup> Carmo Carpenter, docente da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, pelo apoio prestado na tradução e entendimento da Escala de Satisfação com a Vida de Meadow.

À Zita pela sua disponibilidade e colaboração na tradução do resumo deste trabalho.

À Cila e ao Jorge, pela amizade e apoio disponibilizado à minha filha Catarina.

A minha profunda gratidão vai ainda para os meus pais, pelo orgulho, pelo encorajamento e apoio prestados na concretização deste trabalho.

Aos meus sogros, mas muito em especial à minha sogra, agradeço o apoio incondicional e dedicação extrema com que, em todos os momentos, assumiu muitas das minhas responsabilidades familiares, propiciando a minha dedicação à dissertação.

De um modo muito especial agradeço ao meu marido, pelos seus conselhos, pelo seu constante incentivo e perseverança nos meus momentos de angústia e descrença na

conclusão deste trabalho ... enfim, pela paciência, pelo suporte e pela espera. Às minhas filhas Catarina e Matilde pelas minhas ausências.

A todos o meu infinito agradecimento.

## Resumo

O envelhecimento da população é uma realidade indiscutível nas sociedades contemporâneas. Independentemente dos modelos societários em que vivamos, a longevidade só faz sentido se for acompanhada por felicidade, qualidade e satisfação de vida. No entanto, este envelhecimento generalizado da população traz consigo vários constrangimentos à população idosa, entre eles a sua institucionalização em lares de terceira idade.

O processo de institucionalização pode ter efeitos negativos ao nível do bem-estar psicossocial dos idosos institucionalizados se não forem tidos em conta determinados factores promotores do sucesso adaptativo que conduzam a melhores níveis de satisfação.

Neste estudo, a questão lançada tem subjacente a convicção de que existem vários factores que podem contribuir ou influenciar positiva ou negativamente a satisfação com o lar das pessoas idosas residentes em cenários institucionais. Este foi, precisamente, o objectivo do nosso trabalho, ou seja, analisar os níveis de satisfação com a vida e com o lar e os factores que se relacionam com a satisfação com o lar.

Trata-se de um estudo de observação, transversal, que recaiu em 49 idosos institucionalizados em duas instituições da rede solidária do concelho de Miranda do Corvo. Utilizámos uma metodologia quantitativa para medir objectivamente o nível de satisfação com a vida e com o lar das pessoas idosas institucionalizadas. No âmbito da utilização desta metodologia administrou-se um inquérito por questionário, elaborado por nós, e uma Escala de Satisfação com a Vida (Meadow *et. al.*, 1992). A aplicação desta Escala de Satisfação com a Vida revelou boas características psicométricas ao nível da fidedignidade (medida através da sua consistência interna) e a média reflecte um grupo de inquiridos moderadamente satisfeitos com a vida.

Na nossa investigação empírica tivemos oportunidade de verificar que a maior parte dos inquiridos se manifestou satisfeita com a sua residência no lar. Apurámos igualmente que existe uma associação entre a satisfação com o lar e a solidão e que a

satisfação difere consoante os contactos de amizade (presença versus ausência) e as actividades sócio recreativas (participação versus não participação).

Palavras-Chave: Institucionalização, Bem-Estar, Lar de Idosos, Satisfação com a Vida, Satisfação com o Lar.

## Summary

Population aging is an unquestionable reality in contemporary societies. Apart from the collective models in which we live, longevity only makes sense if accompanied by happiness, satisfaction and quality of life. Nevertheless, this generalized aging of the population brings with it various constraints to the elderly population, among which their institutionalization in old people's homes

The process of institutionalization can have negative effects at the level of psycho-social well-being of the institutionalized elderly if it were not taken into account certain factors promoters of the adaptive success that lead to better levels of satisfaction.

In this study, the issue is the underlying conviction that there are several factors that may contribute to or influence positive or negatively the satisfaction with the homes of elderly residents in institutional settings. This was precisely the aim of our work that is, trying to understand the levels of satisfaction with life and with the old people's home home and the factors that are related with the satisfaction with the home.

This is a type of observation-study, covering a sample of 49 institutionalized elderly in two institutions of solidarity network in the municipality of Miranda do Corvo, for which it was used a quantitative methodology to measure objectively the level of satisfaction with life and with the home of the institutionalized elderly. In the ambit of the use of this methodology it was applied to the target-population a questionnaire and a Scale of Life Satisfaction (Meadow *et. al.*, 1992). The application of this Scale of Satisfaction with Life revealed good psychometric characteristics in terms of reliability (measured by its internal consistency) and the average reflects a group of inquired moderately satisfied with life.

In our empirical research we had the chance to verify that the majority of the inquired expressed themselves satisfied with their residence. We also concluded that there is an association between satisfaction with their residence at an old people's home and loneliness and that satisfaction differs depending on the contacts of friendship (presence versus absence) and the recreational activities ( participation versus no participation).



Keywords: Institucionalization, well-being, nursing home, satisfaction with nursing home, life satisfaction.

## ÍNDICE

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Summary	

Pág.

<b>Introdução</b> .....	1
-------------------------	---

### **I PARTE – Velhice: A (Re) Construção Social de uma Categoria**

<b>1 – Da velhice à terceira idade: um longo percurso histórico</b> .....	6
<b>2 – Factores intervenientes na construção do “problema social” da velhice</b> .....	15
2.1. Transformações na estrutura familiar .....	15
2.2. A generalização dos sistemas de reformas .....	17
2.3. O Envelhecimento Demográfico .....	20
2.3.1. O Envelhecimento em Portugal .....	22
<b>3 – Da Institucionalização das Reformas à Consolidação das Políticas Sociais de Velhice em Portugal</b> .....	28
3.1. As Origens da Previdência em Portugal .....	30
3.2. De 1935 a 1974 .....	33
3.3. A Emergência das Políticas Sociais de Velhice (1974-1985).....	36
3.4. A Consolidação das Políticas Sociais de Velhice .....	39

### **II PARTE – A Institucionalização da Velhice**

<b>1 – A Institucionalização da Velhice</b> .....	44
1.1. Dos Asilos aos Lares de Idosos .....	47
1.2. A Institucionalização: Entre o Lar e o Doce Lar .....	59
<b>2 – A Influência do Ambiente Residencial na Velhice</b> .....	69
2.1. Modelos Teóricos sobre a relação pessoa-ambiente na Velhice.....	71

2.1.1. Modelo Ecológico de Competência.....	71
2.1.2. Modelo de Congruência.....	74
2.1.3. Modelos Integradores .....	77
2.1.4. Modelo Ecológico-Comportamental.....	78

### **III PARTE – Bem-Estar e Satisfação de Vida na Velhice**

<b>1 – Bem-Estar e Satisfação de Vida na Velhice.....</b>	<b>81</b>
<b>2 – Sobre a Tríade Conceptual Qualidade de Vida, Bem-Estar Subjectivo e Satisfação de Vida.....</b>	<b>86</b>
<b>3 – Sobre alguns Instrumentos de Medida do Constructo Satisfação de Vida .....</b>	<b>89</b>
3.1. Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia de Lawton.....	91
3.2. Escala de Satisfação de Vida de Diener (SWLS) .....	92
3.3. Escala de Satisfação de Vida de Meadow, Mentzer, Rahtz e Sirgy .....	94
3.3.1. Apresentação da Escala de Satisfação de Vida de Meadow.....	98

### **IV PARTE – Estudo Empírico**

<b>1 – Universo de Pesquisa: Breve Caracterização do concelho de Miranda do Corvo.....</b>	<b>101</b>
<b>2 – Metodologia de Investigação.....</b>	<b>104</b>
2.1. Introdução .....	104
2.2. Descrição do Estudo .....	104
2.3. Questão de Investigação .....	105
2.4. Hipóteses.....	105
2.5. População/Amostra.....	106
2.6. Instrumentos de Recolha de Dados.....	108
2.7. Procedimentos.....	113

## **V PARTE – Apresentação e Discussão dos Resultados**

<b>1 – Apresentação e Análise dos Resultados</b> .....	116
1.1. Análise dos Resultados .....	116
1.1.1. Inquérito por Questionário.....	116
1.1.2. Escala de Satisfação com Vida .....	129
1.1.3. Testagem das Hipóteses.....	131
<b>2 – Discussão dos Resultados</b> .....	138
<b>Conclusão</b> .....	156
<b>Bibliografia</b> .....	161

### **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Mapa do distrito de Coimbra.....	101
Figura 2: Mapa do concelho de Miranda do Corvo .....	101

### **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Escala de Satisfação com a Vida do Centro Geriátrico de Filadélfia de Lawton (1975).....	91
Tabela 2: Escala de Satisfação com a Vida de Diener (SWLS) .....	92
Tabela 3: Escala de Satisfação com a Vida de Meadow (1992).....	99
Tabela 4: Dados Estatísticos do concelho de Miranda do Corvo .....	103
Tabela 5: Distribuição da população por instituição com critério de inclusão.....	108
Tabela 6: Escala de Satisfação com a Vida de Meadow (1992).....	109
Tabela 7: Estatística Descritiva da Escala .....	110
Tabela 8: Estudo de fidedignidade da Escala de Satisfação com a Vida (Meadow) ....	111
Tabela 9: Estatísticas dos itens.....	111
Tabela 10: Teste KMO e Bartlett's .....	112
Tabela 11: Total da variância explicada .....	112
Tabela 12: Análise factorial da Escala de Satisfação com a Vida.....	113
Tabela 13: Caracterização sociodemográfica dos inquiridos .....	117

Tabela 14: Distribuição da população segundo a proximidade da anterior residência ao lar (km) .....	119
Tabela 15: Caracterização dos recursos sociofamiliares .....	121
Tabela 16: Distribuição da população segundo os contactos com o exterior .....	122
Tabela 17: Distribuição da população segundo a iniciativa da institucionalização.....	123
Tabela 18: Distribuição da população segundo os motivos da institucionalização (os inquiridos podiam registar mais do que uma opção) .....	124
Tabela 19: Distribuição da população segundo a satisfação com o lar .....	124
Tabela 20: Distribuição da população segundo a percepção da saúde .....	125
Tabela 21: Distribuição da população segundo a tipologia dos quartos.....	125
Tabela 22: Percepção dos residentes relativamente à política institucional (poses ou comportamentos) .....	127
Tabela 23: Distribuição da população segundo a participação em actividades sociorecreativas.....	128
Tabela 24: Estatística Descritiva da Escala de Satisfação com a Vida.....	130
Tabela 25: Média da Satisfação com a Vida.....	131
Tabela 26: Satisfação com o lar e institucionalização em lares de proximidade.....	132
Tabela 27: Satisfação com o lar e contactos familiares .....	132
Tabela 28: Satisfação com o lar e os contactos de amizade .....	133
Tabela 29: Satisfação com o lar e solidão.....	133
Tabela 30: Satisfação com o lar consoante a opção pela institucionalização.....	134
Tabela 31: Satisfação com o lar consoante a percepção da saúde .....	135
Tabela 32: Satisfação com o lar consoante a tipologia dos quartos.....	135
Tabela 33: Satisfação com o lar e a percepção dos residentes relativamente à política institucional no que concerne a determinadas poses ou comportamento.....	136
Tabela 34: Satisfação com o lar e a participação em actividades sociorecreativas .....	137
Tabela 35: Correlação entre a variável “correlação com a vida” e a variável “Satisfação com o lar” .....	138

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1- Inquérito por Questionário**

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico das populações é uma conquista da humanidade, mensurável no aumento significativo da esperança de vida humana. Este aumento de longevidade alcançada tem no entanto consequências adversas que interferem nas relações sociais e nos equilíbrios individuais, assistindo-se à emergência de novos problemas sociais, para os quais as sociedades modernas procuram encontrar as respostas mais adequadas à sua solução.

Este aumento da esperança de vida está associado a um conjunto de modificações sociais que se repercutem ao nível da esfera económica, assim como ao nível dos contextos familiar e social das sociedades actuais. Sobre a esfera económica assiste-se cada vez mais a um aumento do desemprego estrutural com uma consequente dependência dos recursos e da protecção social por parte da população economicamente activa e excluída do mercado de trabalho. Daqui decorre uma inevitável inviabilidade financeira do sistema de segurança social para suportar o pagamento das pensões de reforma a uma população cada vez mais envelhecida. Por outro lado, a crescente mobilidade geográfica das populações, bem como as alterações verificadas ao nível do estatuto social da mulher, repercutem-se num menor envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos seus familiares mais idosos, determinando uma maior pressão em torno dos sistemas de protecção social. Estes encontram-se “cada vez mais velhos” e as situações de dependência e grande dependência tomam visibilidade e geram dificuldades no sistema de saúde para suportar os encargos com uma população cada vez mais envelhecida e necessitada de cuidados.

O rápido processo de envelhecimento aliado à consequente incapacidade das redes informais de apoio para responder aos problemas dos mais velhos faz com que se assista a uma crescente substituição do papel da família pelas redes sociais de apoio formal. Estas mudanças ao nível da responsabilidade pelos cuidados aos mais idosos vêm contribuir para a reorganização das relações entre as pessoas idosas e o seu meio familiar e, por conseguinte, à opção destas em ingressar num lar de idosos quando a incapacidade e a doença e, sobretudo, o isolamento, se transformam numa realidade problemática a enfrentar.

A escolha do tema “A Satisfação Com a Vida e Com o Lar: Um Estudo em Cenários Institucionais” surge pelo facto de, cada vez mais, assistirmos a um crescente recurso à institucionalização de pessoas idosas. O recurso à institucionalização, não sendo a solução ideal é contudo uma solução necessária, sendo exigível que responda com serviços de qualidade às pessoas que dela necessitam.

Os motivos que levam as pessoas idosas à institucionalização são multifactoriais e este processo é normalmente encarado como um momento de ruptura com o seu meio natural de vida. É pois um processo que significa o abandono do seu quadro de referências, sendo encarado nestas circunstâncias como uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre conseguem estabelecer uma relação equilibrada e tranquila (Pimentel, 2001).

O desenraizamento social e a ausência de identidade com aquele lugar que é o seu novo lar são sentimentos que podem levar a uma mais rápida apatia e deterioração mental, pondo em causa o seu equilíbrio físico e mental. Neste sentido, há que redimensionar o significado de “Lar”, garantindo exigências ao nível da qualidade de prestação de serviços, no sentido da promoção da qualidade e da satisfação das pessoas idosas residentes em instituições. Há, por isso, que combater a conotação negativa relativamente aos lares de idosos, uma visão ainda muito ligada à carga pejorativa que envolvia muitas das antigas formas de institucionalização.

O meio ambiente em que a pessoa idosa se insere surge assim como uma importante componente do seu bem-estar e, por isso, há que dirigir uma atenção especial ao bem-estar destas pessoas em processo de institucionalização. Neste sentido, para o estudo da satisfação com a vida das pessoas idosas em contexto institucional, parte-se de uma abordagem de que o contexto em que o idoso se insere determina e influencia o seu nível de bem-estar e de satisfação com a vida, “na medida em que só a partir da análise transaccional da unidade ecológica/ambiente podemos compreender o bem-estar subjectivo de idosos que vivem em diferentes cenários, sendo que cada cenário ambiental dita de forma única a experiência do envelhecimento” (Sequeira e Silva 2002: 506).

Para Lawton (1983), a satisfação com a vida resulta da eficaz interacção do indivíduo com o meio, meio este que se torna um agente relevante na promoção do seu

bem-estar. No caso concreto deste estudo, o cenário ambiental que se pretende abordar é a resposta social «lar de idosos».

Deste modo, consideramos de grande importância direccionar a preocupação investigativa para a análise da satisfação das pessoas idosas institucionalizadas, na medida em que consideramos que a institucionalização é muitas vezes vivida como um processo traumático, podendo resultar numa redução do nível de felicidade e da satisfação de vida e do seu bem-estar psicológico.

Para a prossecução da investigação é necessário delinear e planear o processo de investigação e explicitar as acções a desenvolver ao longo do mesmo. Para tal existiu a preocupação em convocar e articular várias perspectivas científicas adequadas e fundamentais ao objectivo e construção do nosso objecto de estudo.

Uma das primeiras problematizações que consideraremos de grande pertinência neste estudo será o conceito de terceira idade, para a qual convocaremos uma perspectiva histórica para perceber a evolução das formas de tratar a velhice ao longo dos tempos, dando conta do seu surgimento enquanto categoria social e dos factores objectivos subjacentes á emergência da categoria social da terceira idade em Portugal. Especificando um pouco, tratar-se-á de perceber como, em Portugal, a velhice foi emergindo sob a forma de problema social e que mudanças objectivas contribuíram para o aparecimento da terceira idade como categoria autónoma e como categoria de acção política. Para tal, evidenciaremos as transformações na estrutura familiar, a generalização dos sistemas de reforma e, também, o envelhecimento da população, enquanto factores objectivos que proporcionaram uma nova forma de perceber e de intervir sobre a velhice. Este enquadramento corporizará a primeira parte deste trabalho.

Numa segunda parte trataremos da problemática da institucionalização da velhice, na qual faremos uma breve abordagem evolutiva do carácter institucionalizador das instituições que acolhem pessoas idosas, convocando a legislação que nesta área foi surgindo para regulamentar o funcionamento das instituições destinadas ao acolhimento das pessoas idosas. Prosseguiremos de seguida para uma abordagem dos factores intervenientes no processo adaptativo ao ambiente institucional e da influência que o ambiente residencial provoca ao nível do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos,



valendo-nos de alguns modelos teóricos com o objectivo de identificar as componentes pessoais e ambientais intervenientes na relação entre o indivíduo e o ambiente.

Constituindo-se o meio ambiente como um agente relevante na promoção do bem-estar dos indivíduos, e porque a senescência é um período em que ocorrem várias transformações e perdas que podem influenciar o grau de satisfação de vida, entraremos na terceira parte do nosso estudo com o objectivo de perceber como se processa a adaptação da pessoa idosa a tais transformações e perdas, quais as condições necessárias para se atingir satisfação de vida e, enfim, um envelhecimento bem sucedido. Para tal convocaremos algumas aproximações teóricas que foram desenvolvidas para responder a estas questões, bem como, tentaremos delimitar os conceitos de satisfação de vida, bem-estar subjectivo e qualidade de vida, enquanto conceitos constituintes da dimensão do bem-estar e que consideramos pertinente a sua conceptualização para circunscrever o nosso estudo à satisfação com a vida das pessoas institucionalizadas. É também nesta parte do trabalho que nos dedicaremos ao estudo de um novo constructo da satisfação com vida com o objectivo de o aplicar junto da nossa população-alvo e que possa contribuir para o conhecimento da satisfação com a vida da população idosa portuguesa.

A quarta parte respeitará ao modelo de análise, onde serão abordados aspectos respeitantes ao enquadramento metodológico deste estudo, nomeadamente a caracterização do universo de pesquisa, a descrição do estudo e respectiva questão de investigação, as hipóteses da pesquisa, a população-amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos utilizados. O tratamento dos dados recolhidos e sua discussão constituirá a quinta parte deste trabalho.

A última parte deste estudo será reservada às conclusões/sugestões onde faremos uma síntese do estudo desenvolvido e apresentaremos algumas sugestões que visam sobretudo contribuir para a definição de estratégias de política social das instituições que acolhem pessoas idosas em regime de internamento e, por sua vez, para a promoção de maiores níveis de satisfação de vida dos residentes e da qualidade dos serviços prestados.

Assim, no caso dos objectivos propostos por este projecto não se concretizarem, ficam desde já lançadas algumas pistas de reflexão que poderão servir outros investigadores em futuras pesquisas.

# I PARTE

---

## 1- DA VELHICE À TERCEIRA IDADE: UM LONGO PERCURSO HISTÓRICO

Ao iniciar o processo de investigação deparámo-nos com a necessidade de perceber as representações sociais da pessoa idosa no percurso da História.

A literatura presenteia-nos com uma variabilidade de representações sociais sobre a velhice. Estas diferem consoante as épocas, os contextos e as ideologias vigentes em cada sociedade, remetendo-nos para construções em que os idosos são valorizados e respeitados pelas experiências recebidas ao longo do percurso da vida, e outras em que, pela sua decadência física e mental são ridicularizados e rejeitados.

Cada sociedade constrói a sua própria concepção de velhice, motivo pelo qual Lima e Viegas defendem que “o envelhecimento é um processo biológico, conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido” (1988: 149). Cada sociedade tende pois a valorizar ou desvalorizar a velhice, consoante a imagem que produz acerca dela.

Seguindo de perto a História da Velhice de George Minois (1987), nas sociedades primitivas pré-históricas, a longevidade humana, pela sua raridade, provavelmente seria atribuída a uma protecção sobrenatural. O papel dos velhos parecia variar de um povo para outro, conforme as circunstâncias, as formas de vida e a organização da cultura. O velho era honrado, respeitado e acarinhado, venerado pela sua sabedoria, representando, por isso, um importante papel social pelo prestígio sobrenatural que lhe conferia a sua longevidade. No entanto, as contradições existem e o desprezo pelos velhos foi uma realidade muito mais cruel do que aquela que acontece nas nossas sociedades. Segundo Minois “os turcos mongóis apenas respeitam os velhos que gozam de boa saúde, desprezando os outros, chegando por vezes a abandoná-los e matá-los por sufocação. O velho que se torna inútil pelos seus males físicos ou mentais é com frequência eliminado, porque representa um encargo que as sociedades em precário equilíbrio não podem suportar (...) A sorte do velho depende, enfim, do nível de recursos da comunidade” (1987: 24-25).

O envelhecimento humano é pois um processo individual que está intimamente relacionado com a noção de pessoa, a qual é variável de sociedade para sociedade.

Conforme Lima e Viegas, “a noção de pessoa é uma categoria de pensamento produzida em todas as sociedades, que traduz um modelo de relações entre os membros de uma sociedade e, simultaneamente, a relação destes com o contexto social em que se inscrevem. É um conceito que cristaliza em si valores, padrões de comportamento, o sistema moral, costumes e códigos jurídico-religiosos específicos” (1988: 150). Cada sociedade elabora o seu conceito de pessoa e o seu processo de envelhecimento.

A noção de pessoa insere-se no ciclo de vida biológico, um processo natural determinado pelo nascimento, crescimento e morte de todo o ser humano. No entanto, a forma como este ciclo é vivenciado está directamente relacionado com os contextos sociais decorrentes de uma diversidade cultural e histórica.

Lima e Viegas tentaram explicar a variabilidade de representações da velhice ao longo da história. Em diversas épocas, essas representações baseiam-se numa caracterização de fases de vida, nas quais a velhice surge por oposição à juventude em que “o jovem dotado de um corpo esbelto, forte, com vigor, opõe-se à decadência física do velho, expressa nas marcas deixadas pelo tempo no corpo: enrugamento da pele, brancura dos cabelos e das barbas ou o curvamento do corpo” (1988: 152).

Na Grécia Antiga o velho é concebido como o “depositário máximo da sabedoria” acumulada pela sua longa existência (idem). Plutarco, último escritor grego que consagrou uma obra à velhice, conferiu uma verdadeira importância à gerontocracia, enaltecendo a experiência e o prestígio dos velhos como importantes qualidades para a gestão política: “os velhos não devem retirar-se da vida política, mas nela participarem até ao fim” (Minois, 1987: 95).

Já no período da Idade Média permanece uma ideia negativa sobre a velhice em prol de uma ideologia que procura a busca e exaltação da eterna juventude. Com o advento do cristianismo, a velhice permanece como um mal e um castigo divino, uma imagem do pecado, não se constituindo como um problema específico. Podemos assim concluir que a velhice representa uma construção social que, segundo Lima e Viegas,

“tem por base os valores de cada sociedade, concordantes com a hierarquia de posições sociais dos indivíduos na estrutura económica e social sistematizadas numa noção de pessoa. A concepção do envelhecimento como um processo de declínio, só tem sentido em abstracto quando referente ao processo natural e biológico

do envelhecimento; enquanto fase do processo de desenvolvimento do ciclo de vida, corresponde a uma transformação social que pode conferir ou retirar prestígio aos indivíduos” (1988: 153).

O surgimento da velhice, enquanto categoria social, parece estar intimamente associado ao processo de modernização das sociedades ocidentais, o qual determinou a criação de uma nova etapa da vida que vem acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados virados para o atendimento das necessidades das pessoas idosas. De acordo com Hareven (1995), citado em Silva, “até ao início do século XIX factores demográficos, sociais e culturais combinavam-se de tal forma que as sociedades pré-industriais não procediam à separação nítida ou a especializações funcionais para cada idade” (2008:156). A inexistência de diversidades etárias na infância, a ausência de regulamentação de um período determinado para o trabalho assim como a coabitação de famílias extensas, levam-nos a concluir que nas sociedades pré-modernas ou ditas primitivas, a idade não se apresentava como um critério marcante de fragmentação etária do curso da vida tal como ele se apresenta nas sociedades modernas contemporâneas.

A partir do século XIX inicia-se um processo gradual no sentido da institucionalização da cronologização do ciclo da vida, ou seja, da segmentação do curso da vida em estágios formais, cuja transição de um estágio para outro tende a ser organizada em função das exigências e oportunidades conferidas a cada um desses segmentos na sociedade. Deste modo, da mesma forma que se assistiu à emergência de novos estágios da vida como a infância e a adolescência, também o reconhecimento da velhice como um estágio da vida único deriva de um processo histórico, cuja tendência segue no sentido da segregação das idades na família e no espaço social (Silva, 2008). Conforme Philippe Ariès (1978), historiador que consagrou uma obra acerca do surgimento da categoria “infância”, refere que:

“a ideia da infância como período distinto da idade adulta, com suas particularidades, seus espaços, seus hábitos e comportamentos determinados, resulta de transformações na esfera familiar e da distinção entre os espaços público e privado, que culminaram em novas relações de intimidade e privacidade na família. Tal perspectiva, que atrela o surgimento da categoria infância ao da família moderna, inspira os processos históricos sobre outras categorias etárias, como a velhice” (citado in Silva, 2008: 157).

A crescente institucionalização das etapas da vida acabou assim por atingir todas as esferas da vida social (familiar, escolar, profissional, mercado de consumo e políticas públicas), devido às transformações históricas do processo de modernização que nos encaminha para a compreensão do curso da vida como uma instituição social relevante (Debert, 1999; citado em Silva, 2008).

Como já atrás referido, a noção de velhice é mais uma etapa da vida que emerge do período de transição entre os séculos XIX e XX, um período marcante para a percepção das características modernas da velhice. Uma das alterações que contribuiu para a percepção da velhice como categoria social foi a institucionalização dos sistemas de reforma, a qual determinou uma mudança da imagem da velhice.

O surgimento das reformas está intimamente relacionado com a necessidade de dar respostas sociais aos trabalhadores operários de idade avançada que se encontravam em situação de miséria e que, devido à sua situação de incapacidade para o trabalho, eram afastados dos circuitos de produção. Na ausência de suporte familiar e de falta de meios de subsistência, a velhice era relegada para a categoria dos indigentes em que o apoio às suas necessidades estava confinado às instituições de beneficência, aos asilos e hospícios.

Com a implementação e generalização do sistema de reformas, a velhice, como etapa da vida, deixa de estar associada a uma incapacidade para o trabalho (invalidez), passando para uma nova situação: a de *velhice pensionada*, em que a idade se constitui como um critério determinante do afastamento produtivo. A velhice inicia assim um processo de visibilidade social, transitando de uma situação em que a solidariedade para com os idosos estava limitada ao interior do espaço doméstico familiar (e a segurança na velhice assente na detenção de meios de propriedade) para uma outra em que a emergência de novos serviços e instituições a coloca como categoria de intervenção política. A esta velhice Guillemard (1980), citada por Fernandes (1997) designou de *velhice identificada*.

A reforma, enquanto passagem de uma situação de actividade para inactividade, contribui para a estruturação do ciclo de vida em três etapas fundamentais: a infância e adolescência (associada a tempo de escolarização), a idade adulta (associada a tempo de produção) e a velhice (tempo de repouso/reforma). O mesmo é afirmar que o curso de

vida moderno passa a ser regulamentado desde o nascimento até à morte, “passando pelo sistema complexo de fases de escolarização, entrada no mercado de trabalho e aposentadoria” (Debert, 1999; citado em Veloso, 2004: 29).

A literatura é unânime ao considerar a reforma como um dos factores importantes para que a velhice fosse identificada e homogeneizada como um problema social. Por exemplo, Groisman (1999), ao discutir a velhice sob uma dimensão histórica, apresenta uma crítica à teoria da modernização considerando que a modernização não provocou necessariamente a decadência do estatuto dos velhos e que a marginalização e solidão parecem não ter sido um destino comum a todos os velhos. Assim, o autor, valendo-se da perspectiva de Katz, remete para um consenso literário de que a homogeneidade nunca teria sido uma característica da velhice porque “ (...) velhos sempre foram os ricos e pobres, venerados ou denegridos e tratados tanto de forma dura quanto generosa pelas famílias e comunidades, não havendo necessariamente um padrão para isso” (1999: 47, citado em Prado, 2002). Neste sentido, Groisman faz uma nova abordagem à teoria da modernização, passando a desenvolver a história da velhice a partir da perspectiva que Katz denomina de “curso de vida moderno”. Esta perspectiva aborda a velhice como “uma etapa que se diferencia e ganhou contornos próprios em um dado momento histórico, no processo de construção do curso de vida moderno” (1999: 49; citado em Prado, 2002). E para construir a história da velhice o autor utiliza “três tecnologias de diferenciação”, sendo elas a aposentadoria, o saber geriátrico/gerontológico e os asilos para velhos. Também Silva (2008) considera a formação de novos saberes médicos (como a geriatria/gerontologia) e a institucionalização das reformas como os factores fundamentais e determinantes para o surgimento da velhice.

Foi na transição do século XIX para o século XX, que a emergência de novos saberes favoreceu a criação de condições para o surgimento da velhice como etapa diferenciadora da vida. A geriatria e a gerontologia vão assumir como objecto epistémico o estudo do corpo velho e dos aspectos sociais da velhice respectivamente, determinando a sua afirmação como categoria social (Silva, 2008).

No entanto, podemos afirmar que o interesse pela problemática do estudo da velhice não remonta apenas a este período. Contributos importantes sobre esta temática

terão sobrevivido desde a Antiguidade até ao Renascimento, tendo ocupado o pensamento de vários filósofos. Destacamos, entre Platão (427-347 a.C.) e Aristóteles (384-322 a.C.), o médico Hipócrates (460-377 a.C.) que concebia o envelhecimento como uma perda de calor e humidade, apontando a temperatura como determinante da predisposição à doença. Ele afirma que cada indivíduo recebe ao nascer uma certa quantidade de energia, chamada calor interno, ou espírito vital, ou força vital, que a pouco e pouco será consumida no decurso da existência. A velhice é, portanto, um fenómeno puramente natural, físico e irreversível. A velhice não é uma doença mas predispõe à doença, devido à diminuição da resistência. As principais doenças dos idosos seriam as dificuldades respiratórias, o catarro crónico e tosse, as dores das articulações, a apoplexia, as vertigens, as insónias, as cólicas e a diminuição da visão e da audição. Para prolongar a velhice, Hipócrates recomenda um regime alimentar moderado e actividade física, aconselhando a que se tomem banhos quentes e se beba vinho (Minois, 1987).

No século XVI surge um novo interesse pela temática do envelhecimento e começaram a aparecer os primeiros trabalhos científicos acerca do envelhecimento humano. Na época renascentista a velhice é rejeitada e a procura pela eterna juventude conduz vários cientistas a encontrar as causas da velhice. Como representantes destes trabalhos científicos identificam-se Paracelso (1493-1541), que concebeu uma teoria do envelhecimento no seu tratado “*O Livro da Longa Vida*” e André du Laurens que em 1599, na sua publicação “*Discurso Sobre a Preservação da Vida: das Doenças da Melancolia, dos Catarros da Velhice*” concebe que o envelhecimento é provocado pela diminuição do coração, acabando por desaparecer e provocar a morte. Evidenciamos também Bacon (1561-1621) que, não procurando a eterna juventude, tenta estudar o processo de envelhecimento de forma a poder retardá-lo o mais possível (Minois, 1987).

A partir do século XVIII destaca-se o francês Quetelet (1796-1874), com a sua obra “*Sur L’Homme et le développement de ses facultes et Anthropométrie*”, o qual “equaciona pela primeira vez a importância do conhecimento dos factores que regem o processo de nascimento, crescimento e morte do ser humano, estudando aspectos empíricos como as co-variações entre a idade, o sexo, a profissão e o meio ambiente” (Fernández-Ballesteros, 2000, citado em Paúl, 2005: 24). Também o norte-americano Stanley Hall (1844-1924) ao escrever “*Senescence, the last half of life*”, pretende



demonstrar que as diferenças entre idosos são ainda maiores do que noutros níveis etários (idem).

Remontando às transformações ocorridas na medicina dos séculos XVIII e XIX, em 1995, Katz identifica um saber pré-geriátrico que classifica como “discurso sobre a senescência”, o qual indica o aparecimento de uma forma de compreender a doença que toma o corpo como alvo do olhar médico. As questões relacionadas com o envelhecimento são assim intensificadas com os avanços da Química, da Anatomia e da Fisiologia que procuram explicar o processo de degeneração do corpo. De uma forma gradual, a velhice passa a ser entendida “como um estado fisiológico específico, cujas principais características se agrupam sob o signo da senescência” (Silva, 2008: 158). A partir do surgimento da medicina moderna, a velhice passa a ser estudada como um problema clínico e como um processo invariável, em que a morte passa a ser vista como o resultado de doenças específicas da velhice e a longevidade como portadora de limites biológicos insuperáveis (Silva, 2008).

Em 1914 surge, pela primeira vez, o termo Geriatria, ano em que Ignatz Nasher, publica nos Estados Unidos o seu livro “*Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment*”, uma obra que virá a identificar a velhice no âmbito do saber médico.

O aparecimento da gerontologia como disciplina especializada terá surgido, segundo Katz (1996), em 1913 por Elie Metchnikoff, um médico discípulo de Charcot, cujo campo de estudo estará voltado para o prolongamento da vida. “Além do corpo envelhecido, os hábitos, as práticas, as necessidades sociais e psicológicas dos velhos seriam agora alvo de um saber especializado, que incluía novos aspectos em sua definição e tornava mais complexa a categoria velhice” (Silva, 2008: 159). A gerontologia passa assim a constituir-se como um campo de saber específico e multidisciplinar (abrangendo múltiplas dimensões científicas, desde a geriatria como especialidade médica, passando pelos campos científicos das ciências sociais e psicológicas) orientado para a abordagem da pessoa idosa como um ser psicossocial.

Assim, é a partir da década de 60, que a designação de “velho” passa a ser suprimida dos textos oficiais e começa a ser substituída por “idoso”, transformando a representação social das pessoas mais envelhecidas. Novos estilos de vida proliferam em prol de valores como a saúde, a qualidade de vida e a longevidade, transformando

gradualmente a imagem negativa da velhice numa nova imagem associada à arte de bem viver e de bem envelhecer.

Para a explicação e compreensão do envelhecimento bem sucedido muito contribuiu a literatura gerontológica, que a partir da década de 60, se centrou no desenvolvimento de algumas posições teóricas sobre estas temáticas. As teorias que consideramos mais importantes para a compreensão desta questão do envelhecimento são a teoria do desligamento desenvolvida por Elaine Cumming e seus colaboradores (1960) e a teoria da actividade, desenvolvida por Kuhlen em 1959 (Barreto, 1988: 165-166).

A teoria do desligamento baseava-se no pressuposto de que a incapacidade para o trabalho retira da velhice qualquer possibilidade de actividade social, o que conduziria as pessoas a estados de solidão e exclusão (Blaikie citado em Silva, 2008). De facto, numa sociedade em que o estatuto das pessoas está muito directamente ao trabalho, enquanto espaço de trocas sociais, o que se verifica com a reforma, por exemplo, é precisamente uma redução de contactos e papéis sociais que eram sustentados pelo exercício da actividade profissional. Segundo Cumming e colaboradores (1960), o idoso experimentava uma progressiva redução do seu envolvimento afectivo com o meio ambiente, a começar pela diminuição na quantidade e qualidade das trocas sociais que é acompanhada de uma contracção do “espaço de vida” e de um aumento paralelo das preocupações consigo próprio. Para manter a satisfação de viver, o processo de desligamento representaria uma forma de adaptação necessária, tendo em conta a redução das capacidades físicas e mentais inerentes à idade, pelo que a limitação das tarefas e do envolvimento social permitiria estabelecer o equilíbrio entre as exigências do meio e os recursos disponíveis (Barreto, 1988).

Quanto à teoria da actividade, Kuhlen (1959) considera que a satisfação e a auto-estima seriam proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das relações sociais. Para um envelhecimento bem sucedido “é importante estar ocupado e desempenhar vários papéis importantes”, manter os mesmos hábitos da vida adulta e desempenhar actividades sociais relevantes (citado em Barreto, 1988: 166). A premissa básica consiste em que a satisfação resulta de uma auto-imagem positiva, decorrente da

percepção de que se tem capacidade para atingir objectivos pessoais e de manter uma interacção social gratificante (Barreto, 1988: 166).

Assistimos, segundo Luna Silva, a uma mudança de sensibilidade investida sobre a velhice que acabou por criar uma profunda alteração dos valores a ela atribuídos: “antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afectivo, passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, *hobbies* e habilidades e ao cultivo de laços afectivos e amorosos alternativos à família” (Silva, 2008: 161).

A velhice surge assim com uma nova identidade quando associada ao envolvimento das pessoas idosas na adesão a novos estilos de vida, contrariando a noção tradicional de uma velhice homogénea e indiferenciada. Para tal muito contribuiu o desenvolvimento dos discursos especializados, o surgimento de instituições e agentes especializados na gestão da velhice, assim como a institucionalização e generalização das reformas (que permitiu aos reformados com maiores recursos financeiros aceder a um conjunto de bens e serviços - cultura, educação, saúde desporto, etc.), determinando a emergência de uma verdadeira cultura de consumo que diferencia os actuais reformados dos antigos idosos e um novo termo para os designar: a terceira idade.

Segundo Fernandes, citando Remi Lenoir, “o surgimento da terceira idade, categorização segundo a qual se é socialmente velho, é o resultado de um processo de construção da representação da velhice encarada como problema social” (Fernandes: 1997: 13), no qual estão subjacentes algumas transformações estruturais que ocorreram na sociedade. São essas transformações que iremos seguidamente analisar para melhor compreender o processo de construção social da terceira idade.

## 2- FACTORES INTERVENIENTES NA CONSTRUÇÃO DO “PROBLEMA SOCIAL” DA VELHICE

Analisaremos neste subcapítulo os factores que estiveram na base da emergência da categoria da velhice, nomeadamente as transformações ocorridas ao nível do espaço familiar, ao nível da protecção social e ao nível demográfico.

### 2.1. Transformações na estrutura familiar

A emergência da velhice como problema social está intimamente relacionada com as alterações ocorridas ao nível da estrutura e da organização familiar. Segundo Remi Lenoir (1979) é todo o ciclo de mudanças entre gerações na família que está em causa. Enquanto na família tradicional as relações entre gerações são directamente controladas pelos indivíduos, em que o acesso ao património e à posição social dependia directamente da detenção de meios de propriedade transmitidos por herança, nas sociedades modernas contemporâneas o acesso ao sistema de posições faz-se cada vez mais pela mediação de diplomas e de concursos, transformando as relações familiares e, simultaneamente, o conteúdo e a intensidade das trocas e das suas obrigações recíprocas (Lenoir, 1979). Processa-se assim uma mudança fundamental nas estratégias familiares em que a escola e o capital escolar adquirido assumem uma importância relevante na determinação da posição social (Fernandes, 1997).

O alargamento do espaço económico, o desenvolvimento de mecanismos objectivos e institucionalizados que produzem e garantem a distribuição de títulos escolares ou profissionais, monetários ou financeiros, assim como as condições de formação e da gestão da mão-de-obra e da produção e circulação de bens económicos, constituem alguns factores que contribuíram para a modificação da posição da família no sistema de instâncias e que concorreram para a reprodução da estrutura social (Lenoir, 1979). A este processo de transformações, Remi Lenoir designa-o de *desfamiliarização*, processo que consiste no desmoronamento das bases sociais em que assentava o familismo tradicional, para o qual muito contribuiu o acesso das mulheres ao sistema escolar e a uma actividade profissionalizada fora da agricultura. Estas

transformações vêm determinar mudanças na divisão social do trabalho familiar, implicando uma menor disponibilidade para as actividades relacionadas com o trabalho doméstico, assim como para tarefas quotidianas decorrentes das funções maternas, justificando o questionamento dos papéis que tradicionalmente lhe eram atribuídos.

Poderemos então afirmar que, a partir deste momento, passarão também a estar comprometidos os cuidados na velhice devido a estas transformações operadas nos modos de solidariedade. Luísa Pimentel (2005), citando a tese funcionalista de Parsons, afirma que a estrutura familiar muda para se adaptar às exigências das sociedades modernas e funciona para dar satisfação a essas exigências.

O processo de industrialização segmentou a família e isolou-a da rede de parentesco mais ampla, reduzindo também o grupo doméstico a um grupo conjugal com poucos filhos (Pimentel, 2005). A gestão familiar da velhice passa assim a estar comprometida e assiste-se a uma maior intervenção do Estado na criação de serviços e de equipamentos para a população idosa.

Esta reprodução de instituições especializadas no tratamento da velhice provoca, conseqüentemente, transformações importantes na construção das relações entre gerações e nas formas de solidariedade. Vários domínios que seriam tradicionalmente do foro da família e que contribuían para a fazer existir como grupo tornam-se progressivamente delegados às instituições e a pessoal especializado (Lenoir, 1979). Segundo Pimentel (1997), esta substituição de papéis provoca uma certa desresponsabilização por parte da família que, a partir do momento em que adquire o direito de acesso a determinados serviços, se abstém de participar nas vivências de alguns dos seus membros. Citando Pitrou (1978), a autora refere ainda que o apoio prestado por estes serviços vem substituir os laços familiares. A criação de equipamentos específicos para cada grupo vem fomentar a sua segregação e reforçar o afastamento entre gerações. O que se assiste é então uma verdadeira intervenção dos serviços públicos, numa área que anteriormente era assumida pela família.

## 2.2. A generalização dos sistemas de reformas

A emergência dos sistemas de reforma está intimamente associada à revolução industrial e, conseqüentemente, ao aparecimento de uma nova classe social, o proletariado que, não tendo por património senão a sua força de trabalho, põe em questão a sua sobrevivência em situação de incapacidade para o trabalho. No entanto, conforme Minois (1987), já no século VI se colocava a preocupação da subsistência nas classes sociais mais abastadas, nomeadamente no acesso a uma reforma tranquila e confortável que garantisse, simultaneamente, a salvação eterna.

A solidariedade familiar poderia constituir a solução para o problema da sobrevivência mas não para a questão da salvação da alma e da felicidade eterna. Neste sentido, “o velho homem rico dispõe de meios para assegurar a sua salvação e colocar os últimos tempos de vida ao abrigo do desprezo com a sua retirada para um mosteiro” (Minois, 1987: 172).

Esta nova prática de recolhimento dos velhos – para um mosteiro – marca um novo sentido na história da velhice “porque introduz a ideia de uma fundamental ruptura na vida humana e concorre assim para que se tome consciência da especificidade da velhice. Por outro lado, a velhice tornou-se sinónimo de cessação de actividade e de ruptura com o mundo profissional: o termo «reforma» vai a pouco e pouco carregar-se de diferentes sentidos” (Minois, 1987: 172).

O recolhimento nos mosteiros representava assim uma ruptura dos idosos com o mundo, provocando um verdadeiro isolamento social, um pouco semelhante àquilo que, posteriormente, vem culminar na criação dos asilos para velhos que são “ao mesmo tempo um refúgio e um gheto” (Minois, 1987: 173). Esta situação estará muito próxima da concepção moderna de afastar os velhos da vida activa, separando-os das gerações mais novas e evidenciando o sentido negativo da especificidade da velhice: preparação para a salvação e para a vida eterna (Minois, 1987).

Mas esta forma de reforma na alta Idade Média não é um apanágio para todas as pessoas idosas. Nas classes sociais mais desfavorecidas não era praticado o retiro para os mosteiros, pelo que os velhos pobres tinham de continuar a trabalhar para prover ao seu sustento. Quando já não havia capacidades físicas para tal, a solidariedade familiar

encarregava-se pela protecção aos mais idosos. Na sua inexistência, e encontrando-se em situação de isolamento, os velhos pobres eram atirados para uma classe indiferenciada, na qual não se distinguiam mendigos, órfãos, loucos e pedintes (Minois, 1987).

Esta análise histórica acerca dos primeiros reformados desenvolvida por Minois pouco tem a ver com os reformados que emergiram vários séculos depois, mais propriamente no século XIX, altura em que se inicia a revolução industrial e as lutas das classes operárias pelo acesso a um mínimo de subsistência após uma vida de trabalho.

As condições de vida dos trabalhadores eram extremamente precárias devido a factores como baixos salários, fracas condições de trabalho e habitabilidade, demasiadas horas de trabalho diário. O problema social da velhice aparece associado à miséria em que se encontravam muitos trabalhadores operários de idade avançada que já não detinham a sua força de trabalho como meio de sobrevivência. Na ausência de meios de subsistência próprios, a velhice era englobada na esfera da indigência e caracterizada pela impossibilidade das pessoas mais idosas se assegurarem financeiramente.

A literatura argumenta que nas sociedades ditas tradicionais (pré-industriais), as gerações mais velhas permaneciam integradas nos sistemas económicos e sociais de produção praticamente até à morte e quando as incapacidades físicas se evidenciavam, estas situações de fragilidade nesta etapa da vida constituíam problemas individuais e do foro privado da família. Quando não havia protecção familiar dela se encarregavam as instituições de caridade/beneficência.

Segundo Remi Lenoir (1979), a velhice começou a constituir-se objecto de discurso com a criação e especialização de instituições específicas para a gestão da velhice. Esta “tomada de consciência da particularidade” da velhice surge no contexto do desenvolvimento do processo de industrialização com aparecimento de uma nova classe social: o proletariado. Até aqui a velhice era confundida, pelo patronato capitalista, com todas as formas invalidez que atingiam a classe operária, aplicando-se a todos os que definitivamente já não poderiam prover a sua subsistência através da sua força de trabalho, pelo que os trabalhadores ainda válidos eram atirados para a velhice precoce. É neste contexto que se assistiu à emergência das primeiras instituições de protecção social, as caixas de reformas, como estratégia adoptada pelo patronato, para

proteger os trabalhadores dos perigos da vida profissional, ao mesmo tempo que lhes asseguravam uma mão-de-obra mais dócil e disciplinada e, economicamente, mais rentável: política de baixos salários nos caminhos-de-ferro, fixação e estabilização da mão-de-obra nas minas e na metalurgia, controlo sanitário e moral da população operária no sector têxtil, etc.

Pobreza, indigência e doença são assim as características mais comuns da velhice até ao século XIX e inícios do século XX. Até aqui a velhice era uma *velhice invisível* na medida em que a solidariedade para com os idosos é praticamente de âmbito familiar e privado, remetida para a esfera do espaço doméstico. As trocas entre gerações efectuadas no interior do grupo familiar ou doméstico asseguravam a resolução dos problemas decorrentes da velhice que eram considerados problemas privados e individualizados (Fernandes, 1997). Quando a velhice começa a estar associada ao direito a uma reforma, Anne-Marie Guillemard, designou-a por *velhice identificada*, uma vez que as reformas possibilitaram a retirada da esfera familiar privada o encargo económico com os mais idosos. Aquilo que anteriormente eram considerados problemas privados e individuais são agora problemas que exigem intervenção colectiva.

Segundo Guillemard (1986), a invenção da reforma operária, sob a forma de um salário social diferido, resulta do jogo dialéctico de estratégias patronais e de lutas operárias. Institui-se assim um sistema de segurança social que, baseado em princípios de solidariedade entre trabalhadores, lhes confere o direito social à reforma, um direito universal, que deve assegurar a protecção contra os riscos profissionais que podem afectar a capacidade de subsistência dos trabalhadores e suas famílias.

A instauração definitiva dos regimes de reformas tem como consequência a formação de um sistema de instituições e de agentes dirigidos para o tratamento específico da velhice. É nesta época que se regista progressivamente a distinção entre os hospitais e os hospícios, uma vez que até esta altura, existia uma indefinição acerca das instituições que deviam acolher os operários idosos.

Entre 1945 e 1960, em França, efectua-se a distinção entre as instituições especializadas no tratamento da velhice e as que se encarregavam do cuidado da indigência. Assim, os hospitais, a segurança social e a assistência social são dotados de regulamentos e de serviços especializados na manutenção da velhice. O sistema



hospitalar, por exemplo, desenvolve-se no sentido de excluir das suas responsabilidades o acolhimento da velhice, para se especializar unicamente no seu tratamento médico, rejeitando a gestão da velhice indigente. O estabelecimento de serviços especializados em “geriatria” tende a constituir a velhice como um estado quase patológico, o que permite do mesmo modo colocá-la na esfera do tratamento médico (Lenoir, 1979).

Com a generalização das reformas generaliza-se a problemática da velhice. Em 1962, surge em França o relatório de Laroque, que preconiza um conjunto de medidas de política de velhice destinadas não só à resolução dos problemas das pessoas idosas sem recursos, mas também ao conjunto da população idosa, ultrapassando-se a lógica da assistência tradicional à velhice indigente para uma lógica associada à inserção das pessoas idosas na sociedade (Lenoir, 1979). Assim, as medidas preconizadas por aquele relatório para a solução dos problemas de velhice assentavam principalmente na necessidade de evitar a hospitalização das pessoas idosas, favorecer a construção de alojamentos e lares para os velhos, assegurar serviços de cuidados ao domicílio, formação de pessoal e especialização dos equipamentos (Lenoir, 1979).

### **2.3. Envelhecimento demográfico**

O envelhecimento demográfico constitui actualmente uma das preocupações centrais ao nível político e científico, pelas consequências que o problema coloca em termos económicos, sociais, de saúde e culturais. Trata-se de um fenómeno de abrangência mundial, determinado pela diminuição dos índices de natalidade e do aumento da esperança média de vida e que está directamente relacionado com as conquistas e avanços científicos nas diferentes áreas do conhecimento, especialmente nas áreas da saúde e social.

Ao nível económico assiste-se cada vez mais a um aumento do desemprego estrutural determinando, por sua vez, o aumento da dependência da população economicamente activa e excluída do mercado de trabalho face aos sistemas de protecção social. Do ponto de vista sanitário, o envelhecimento da população provocado pelos avanços da ciência e da tecnologia faz emergir uma classe de idosos cada vez mais dependente de cuidados de saúde com repercussões evidentes ao nível da

sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, pondo em causa o actual modelo de protecção social. Ao nível social, coloca-se o problema das mudanças na estrutura das relações familiares, uma vez que o apoio informal aos idosos apresenta-se em declínio, determinando uma maior pressão em torno dos sistemas de protecção social.

A questão do envelhecimento e da longevidade humana é algo que sempre se encontrou presente ao longo da história humana. No entanto, ela ganha novos contornos e acentua-se com maior visibilidade nas sociedades industrializadas e pós-modernas.

Segundo Rosa (1993), o envelhecimento demográfico corresponde a um processo que se traduz na evolução da estrutura etária da população, mais especificamente no aumento da importância relativa dos indivíduos com idades mais avançadas (envelhecimento no topo) e na diminuição da importância relativa dos indivíduos nas idades mais jovens (envelhecimento na base). Também Carrilho (1993), define este processo como um fenómeno caracterizado pelo aumento progressivo da proporção da população idosa em detrimento da população jovem e, excepcionalmente, em detrimento da população em idade activa. No entanto, a autora, face à diversidade conceptual do envelhecimento demográfico, dá-nos conta da definição de Pressat (1979), a mais comumente utilizada, como “o simples aumento da proporção de idosos” (Carrilho, 1993: 75).

A passagem do século XIX para o século XX, a par das alterações económicas e sociais conhecidas, coincidiu com a transição demográfica, fenómeno que resultou de mudanças de um regime com altas taxas de mortalidade e natalidade para um outro em que estes indicadores se voltaram a equilibrar, mas a níveis muito mais baixos (Ferreira *et. al.*: 2006). Assim, o declínio da mortalidade, a partir de finais do século passado, começou por promover um rejuvenescimento da população, tendo também favorecido de uma forma indirecta, a natalidade (Fernandes, 1997).

No entanto, a redução dos índices de mortalidade não são os únicos factores promotores do envelhecimento da população. Associado a esta problemática, está a queda acentuada das taxas de natalidade e o aumento da duração média de vida da população idosa, para o qual muito contribuíram os avanços da ciência e da tecnologia durante o século XIX. As consequências deste aumento da proporção de pessoas com

mais de 65 anos de idade e do prolongamento das suas vidas para além da idade activa serão uma realidade preocupante ao longo das próximas décadas.

Ao nível da população jovem, e de acordo com dados da OCDE (2000), entre 1960 e 2000, a nível mundial, a proporção de jovens com idades até aos 14 anos diminuiu de 37% para 30% e, segundo a projecção da população mundial, realizada pelas Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.

De acordo com estas projecções prevê-se que os encargos financeiros com as pensões da futura população de reformados se agudizarão, bem como com a saúde, em que os gastos sociais se evidenciarão à luz do aumento das situações de dependência e doenças crónicas por parte da população mais idosa.

Trata-se de um panorama actual extremamente preocupante que, decisivamente, se está a reflectir na situação económico-social a nível mundial e, particularmente, na sociedade portuguesa, prevendo-se que se venha a agudizar num futuro não muito longínquo.

### **2.3.1. Envelhecimento em Portugal**

Á semelhança do que se passa noutros países industrializados da Europa, também Portugal se confronta com o processo de envelhecimento da sua população.

Dados recentes registam, entre 1941 e 2001, um crescimento da população com idade igual ou superior a 65 anos da ordem dos 243%, tendo passado de cerca de 505 600 para 1 735 500 indivíduos, representando respectivamente um aumento percentual de 6,5% para 16,6% da população total portuguesa. Segundo esses dados ainda, “tudo indica que a população idosa atinja 2 027 000 indivíduos em 2020, representando então 19,2% do total nacional” (Rebelo e Penalva, 2004, citado em Paúl, 2005: 15).

As projecções do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat) vão ainda mais longe, traçando um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, em que chegarão aos 31,9%, o que

representará um rácio em que 1 para cada 5 portugueses terá 65 ou mais anos e, em meados deste século, essa relação passará para cerca de 1 para cada 3 portugueses (Paúl: 2005: 15).

Segundo Carrilho (1993), em Portugal o envelhecimento tem sido acompanhado por uma redução da população jovem, sendo que no período compreendido entre 1960-70, tal fenómeno resultou também da diminuição da importância relativa da população em idade activa por efeito dos fortes contingentes emigratórios registados nessa década.

Rosa (1993) defende que o envelhecimento da população portuguesa se deve à evolução de dois factores importantes: da fecundidade e da mortalidade. Quanto ao primeiro factor, o que se verifica na sociedade portuguesa é uma retracção dos efectivos nas idades mais jovens caracterizado por uma redução, nas últimas décadas, dos níveis de descendência média (número de filhos por mulher) e, concomitantemente, num aumento da importância relativa dos indivíduos noutras idades. Carrilho (1993) argumenta mesmo que a conjuntura económica e social, com o aumento do desemprego, não é favorável ao aumento dos níveis de fecundidade, o que leva as mulheres a optarem por retardar o nascimento de um filho, uma opção que determinará uma diminuição dos níveis de fertilidade e, por conseguinte, uma diminuição do número de nascimentos.

Relativamente ao factor relacionado com a mortalidade, a sua evolução também contribuiu duplamente para reforçar a expressão quantitativa do grupo de idade dos 65 e mais anos, nomeadamente pela redução das taxas de mortalidade infantil e pelo aumento da esperança média de vida (Rosa, 1993). Assim, podemos afirmar que, se a descida das taxas de nupcialidade e de fecundidade constituem uma realidade das sociedades industriais, também a diminuição das taxas de mortalidade e o aumento da esperança média de vida constituem fenómenos que acabam por proporcionar as condições para que se encare a velhice como um problema social.

De acordo com o INE (2002), entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se num decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um incremento de 140% da população idosa (65 e mais anos). Este envelhecimento populacional é evidenciado pelo índice de longevidade (número de indivíduos com 75 e mais anos no total da população portuguesa) que aumenta de 34

para 42 indivíduos. Em 2000 a esperança de vida à nascença situava-se nos 72,4 anos para os homens e nos 79,4 anos para as mulheres.

O grupo etário dos 65 e mais anos apresenta características heterogêneas, pois trata-se de uma faixa etária que “engloba os “idosos jovens” que ainda são independentes, quer do ponto de vista activo, quer em termos de saúde, e os “idosos mais velhos” ou “grandes idosos”, dependentes e com incapacidades que exigem cuidados específicos” (Carrilho, 1993: 88). De acordo com os Censos de 2001, estima-se que a proporção dos idosos mais velhos aumente de 6,9% entre os 75 e mais anos, mantendo-se nos 1,5% do total da população entre os 85 anos. Estamos assim perante a emergência de uma nova velhice, caracterizada pelo incremento do número de pessoas mais idosas, com maior dependência e doenças crónicas e, conseqüentemente maiores custos sócio-sanitários, determinando a insustentabilidade financeira dos actuais sistemas de saúde e de protecção social.

Outro fenómeno que tem grande impacto na sustentabilidade económica nacional é o índice de dependência total (número de jovens e idosos por cada 100 indivíduos em idade activa dos 15-64 anos) que tem vindo a baixar (de 59 em 1960 para 48 em 2001), devido exclusivamente à diminuição do número de jovens. O índice de sustentabilidade potencial (número de indivíduos em idade activa por cada idoso) reduziu-se para metade entre 1960 (8) e 2001 (4). Estes fenómenos repercutem-se ao nível da estrutura do consumo e, naturalmente, sobre o próprio sistema de protecção social. O aumento das despesas com a saúde e a diminuição das quotizações para a segurança social constituem problemas que terão um grande impacto económico e social. Rosa (1993) afirma que o aumento das despesas sociais com as pensões de velhice no futuro continuará com tendência para aumentar atendendo a um conjunto de factores:

- Ao acréscimo dos montantes das pensões (sendo cada vez maior o número daqueles que se quotizaram durante toda a sua vida activa, terão, por isso, direito a pensões com taxa plena);

- Pelo alargamento da esperança de vida que, não tendo sido acompanhado por idêntica variação da idade normal de reforma, faz com que o período de benefício das reformas seja mais longo;

- Pelo envelhecimento demográfico, provocando um cada vez maior número de beneficiários (Rosa, 1993: 687).

Assim, atendendo ao aumento das taxas de envelhecimento e às alterações ocorridas no âmbito das estruturas familiares, podemos concluir que o problema só terá tendências para subsistir, tornando-se a prestação de serviços a esta categoria etária cada vez mais relevante para as instituições e organismos públicos.

Se até à década de 70, do século XX, Portugal não sentia ainda os efeitos do envelhecimento demográfico, é a partir desta década que se verificam alterações ao nível da estrutura familiar, altura em que a questão do envelhecimento gradual das populações começa a ter visibilidade e a constituir-se como problema social. A este processo de transformações, Remi Lénior designa-o de *desfamiliarização*, “processo que consiste no desmoronamento das bases sociais em que assentava o familismo tradicional, para o qual muito contribuiu o acesso das mulheres ao sistema escolar e a uma actividade profissionalizada fora da agricultura. Estas transformações vêm determinar mudanças na divisão social do trabalho familiar, implicando uma menor disponibilidade para as actividades relacionadas com o trabalho doméstico, assim como para tarefas quotidianas decorrentes das funções maternas, justificando o questionamento dos papéis que tradicionalmente lhe eram atribuídos” (Fernandes, 1997: 12).

Assim, podemos concluir que:

- A tendência crescente do número de pessoas idosas em detrimento da quebra das taxas de fecundidade e de natalidade;
- O aumento crescente das despesas sociais geradas pelo envelhecimento populacional;
- As incertezas relativamente à sustentabilidade financeira do sistema de segurança social;
- A tendência crescente para a dependência dos sistemas de protecção social pela população idosa, devido às alterações ocorridas no âmbito das estruturas familiares;

- A diminuição das contribuições da população activa face ao aumento da população inactiva com direito a pensões;
- O aumento do desemprego estrutural e a crescente dependência dos recursos e benefícios do sistema de segurança social por parte da população economicamente activa excluída do mercado de trabalho;

Constituem alguns dos factores que concorrem para a transformação da velhice em problema social. Daí que o envelhecimento populacional se transforme numa nova questão social e num dos principais desafios políticos, para o qual há necessidade de reflectir e orientar esforços no sentido da revisão dos motivos que lhe estão subjacentes, de forma que as projecções à volta da continuidade do aumento da população idosa não conduzam a uma situação que a coloque num processo de marginalização e exclusão social.

Rosa aponta que várias soluções poderão ser encontradas para repor o equilíbrio demográfico perdido, “nomeadamente através do aumento da idade normal de reforma, da taxa ou do período de quotização, pela diminuição dos montantes das reformas, etc., medidas essas que já começaram a ser praticadas em alguns países” (Rosa, 1993: 688), como é o caso de Portugal<sup>1</sup>.

No entanto, Rosa põe em causa o sucesso a longo prazo de tais medidas, defendendo que, permanecendo a tendência forte do envelhecimento demográfico, os constantes ajustamentos realizados em cada momento serão sempre insuficientes, uma vez que tanto o agravamento das contribuições dos quotizantes (população economicamente activa), como a redução das pensões da população idosa, serão sempre inevitáveis, o que poderá desembocar numa luta de interesses entre gerações (Rosa, 1993).

De acordo com Fontes (2006), a sociedade ainda não encontrou mecanismos e instrumentos para se apropriar de maneira adequada à conquista da longevidade humana, pelo que há que elaborar medidas políticas que retirem o idoso do locus de

---

<sup>1</sup> Em Portugal, por exemplo, foi criado o Decreto-Lei nº 329/93 de 25 de Setembro, diploma que introduziu profundas alterações no regime de pensões de velhice e invalidez. Ao abrigo deste diploma, elencamos como principais, a uniformização da idade de pensão de velhice aos 65 anos (que até à data prevalecia nos 62 anos para as mulheres), o aumento do prazo de garantia mínimo para acesso a pensões de velhice (passando dos 10 anos para 15 anos) e a reformulação dos métodos de cálculo das pensões.

estorvo beneficiário de políticas sociais assistencialistas e o situem numa categoria de cidadãos com contributos sociais concretos a oferecer.

Numa sociedade em que a velhice se encontra colectivamente identificada com base em critérios de idade (com direito a prestações financeiras) e de estatuto (ligado a inactividade), uma das consequências da continuidade do envelhecimento demográfico é o agravamento de situações de marginalidade social. Rosa argumenta que o que se verifica é “uma ruptura artificial entre dois momentos da vida e duas idades: activa e pós-activa”, atendendo ao aumento da importância daqueles que são atirados para a margem do próprio sistema, sem reconhecimento de qualquer utilidade social (Rosa, 1993: 689). Segundo a mesma autora, o envelhecimento demográfico vai assim ter consequências nefastas sobre o equilíbrio social porque o que predomina na sociedade é um modelo particular de ciclo de vida que vai agravar o peso daqueles que são discriminados socialmente em função do critério etário.

Desta forma, uma das alternativas apontadas pela II Assembleia Internacional sobre o Envelhecimento consiste no reforço do conceito de envelhecimento activo, considerado como o “processo pelo qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de ampliar a expectativa de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice” (ONU, 2002b, citado em Fonte: 2002).

A solução para esta problemática consiste assim em estimular a participação produtiva da população idosa na comunidade, bem como a sua participação ininterrupta na família, a aprendizagem escolar e não escolar, a formação contínua, entre outras, o que pressupõe que haja lugar a uma mudança de mentalidade e educação permanentes, no sentido de que os idosos inculcam a responsabilidade de construir uma velhice positiva e bem sucedida, perspectiva que aparece vinculada a uma nova imagem da pessoa idosa.



### 3- DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS REFORMAS À CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE VELHICE EM PORTUGAL

Tal como no capítulo atrás referenciado, a visibilidade do problema social de velhice surge associada à institucionalização dos sistemas de reformas (reivindicações das classes operárias pelo direito a um mínimo de subsistência após uma vida de trabalho).

A implementação dos seguros sociais obrigatórios consistiu numa das primeiras medidas de política social, dirigidas a determinados trabalhadores que, através das suas próprias quotizações, visava a sua protecção em situações de doença, acidentes de trabalho, invalidez e velhice. Tratava-se de uma resposta social que era encarada pela classe patronal como um instrumento que permitia afastar os trabalhadores mais velhos e menos produtivos e recrutar elementos mais jovens, com capacidade de fazer face às novas exigências da mecanização do trabalho.

Segundo vários autores, o surgimento das reformas resulta da necessidade do mercado de trabalho rejeitar aqueles que vão perdendo as suas forças de trabalho por um lado e, por outro, para evitar situações de pobreza extrema e abandono familiar a que ficavam votados grande parte dos operários que atingiam certa idade. Os velhos operários afastados das famílias, ou mesmo por elas rejeitados, sem força física para competir no mercado de trabalho assalariado e por isso incapazes de produzir, vêm-se atirados para asilos, instituições de beneficência e mesmo hospitais (Fernandes, 1997).

Em Portugal, é a partir da década de 1970 que a velhice é incluída no âmbito das preocupações da política social, altura em que se assiste à efectiva generalização dos sistemas de reforma e à consequente consideração da velhice enquanto problema social. Até esta data podemos afirmar que a *velhice* permanecia *invisível*, uma vez que os problemas decorrentes desta etapa da vida eram relegados e tratados no âmbito do foro privado da família, ou na ausência desta, no âmbito das instituições de assistência.

No entanto, é ao longo do século XIX que se começa a evidenciar a emergência, ainda que muito ténue, de um sistema de previdência social em Portugal. É sensivelmente ao longo dos meados deste século que começam a emergir movimentos e

a constituição de associações de base operária, assentes no desenvolvimento económico e na afirmação da assistência na doença e desemprego. Difundiam-se assim os ideais mutualistas, através do incremento das **Associações de Socorros Mútuos**, as quais vêm a reconhecer a sua existência legal no ano de 1896 através de um decreto que regulava a sua constituição e finalidade. Estas associações são organizações sem fins lucrativos que uniam os associados e que, mediante uma quota, se protegiam conjuntamente contra riscos sociais previsíveis, tipificáveis e susceptíveis de afectarem a capacidade de ganho e manutenção das necessidades mínimas vitais dos seus associados. O movimento mutualista constituiu assim o embrião de formas de previdência colectiva face aos riscos sociais que ocorrem em resultado da industrialização, entre eles a velhice.

Apesar de não pretendermos fazer uma análise histórica exaustiva do processo de emergência das políticas de velhice em Portugal, constitui nosso objectivo principal, neste capítulo, evidenciar alguns traços que caracterizam a política de velhice desde o século XIX até à actualidade, pelo que convocaremos alguns autores que consideramos de interesse pertinente para a compreensão desta temática e para o entendimento da evolução dos níveis de bem-estar social e da qualidade de vida da população idosa.

Segundo Pereirinha e Carolo (2006), a emergência das políticas sociais de velhice que decorreram a par da “consolidação” do Estado-Providência em Portugal, resultaram da influência de um conjunto de factores que actuaram em três etapas que marcaram o seu desenvolvimento. Assim, em primeiro lugar, os autores evidenciam o período que medeia entre 1935 até ao 25 de Abril de 1974, como aquele que se caracteriza pela criação da previdência social durante o Estado Novo numa base corporativa de garantia de direitos sociais associados ao mundo do trabalho. Uma segunda etapa indica o período que medeia entre 1974 até 1985, o qual está marcado pela restauração do regime democrático que consagrou direitos civis e políticos, que entretanto vêm a ser consolidados na terceira etapa que se iniciou com a adesão de Portugal à Comunidade Europeia, período em que a política social de velhice assume contornos expressivos de implementação. Veloso (2004) distingue esta etapa como aquela que regista uma verdadeira alteração nas formas de gestão da velhice, uma nova política de terceira idade, caracterizada pela manutenção dos idosos no domicílio e na transformação das tradicionais instituições de acolhimento (asilos) em novos serviços e instituições para a terceira idade.

### 3.1. As Origens da Previdência em Portugal

É partir do século XIX que em Portugal se assiste ao desenvolvimento, ainda que muito lento, do processo de industrialização e ao aparecimento de uma nova classe social, o operariado, que quando envelhecido ou sem capacidade para trabalhar, ficava em risco de pobreza devida à ausência de rendimento e, logo, sem capacidades de sobrevivência. Assim, os que não tinham trabalho caíam facilmente na pobreza, o que face à falta de suporte familiar, tinham que recorrer à filantropia, uma vez que não existiam sistemas de protecção social que abarcassem o tratamento destas situações.

Apesar de lento e atrasado, o processo de industrialização em Portugal verificou um ligeiro progresso económico entre 1873 e 1876, período a que correspondeu o surgimento do sector fabril, durante o qual se multiplicou o número de fábricas e oficinas (cf. Mónica, 1987, citada em Veloso, 2004), registando-se no final do século XIX um crescimento económico (cf. Mendes, 1994, citada em Veloso, 2004). Genericamente os operários caracterizavam-se por serem analfabetos e não terem qualquer qualificação, vivendo com péssimas condições de vida, tanto ao nível da área de residência, como em termos de falta de condições de habitabilidade (cf. Mónica, 1987, citada em Veloso, 2004).

Entre 1870 e 1900 intensificam-se as greves entre os operários, cujas reivindicações assentavam fundamentalmente na luta por melhores condições de sobrevivência, nomeadamente pela subida dos salários que assegurassem uma maior subsistência (caso dos têxteis), pela melhoria das condições de trabalho que cedo lhes provocavam doenças mortais (caso dos tabaqueiros), pela redução dos horários de trabalho (que chegavam a ultrapassar as 14 horas diárias) e contra a mendicidade (Tengarrinha, 1983, citado em Veloso, 2004). Com base nos dados que analisou, Veloso argumenta ainda que estas greves talvez não tivessem como objectivo a reforma por velhice, mas sim que “estes trabalhadores talvez lutassem por melhorar situações mais imediatas e prementes, em vez de se empenharem na defesa de situações eventuais e, principalmente, distantes no tempo como acontece na velhice” (2004: 64). Quando incapacitados para trabalhar e logo em proverem o seu sustento por velhice, a autora coloca a possibilidade destes trabalhadores encontrarem na família auxílio para a

sobrevivência, pelo que não existiria necessidade de lutarem por uma protecção fora da família e por uma protecção baseada na força de trabalho e não na propriedade.

Atendendo às precárias condições de trabalho e de vida da maioria dos trabalhadores, assim como a ausência de uma protecção social adequada, o número de pobres e de mendigos era elevado. Como não existiam condições que garantissem a prevenção de situações de pobreza nem sistemas de segurança social que tivessem em conta os direitos de cidadania, a única resposta social existente para fazer face a estas situações era, como já atrás referido, a caridade e a assistência pública, entendidas como um dever ou uma obrigação moral (Veloso, 2004).

Durante este período do século XIX, prevaleceu uma preocupação do Estado Liberal em erradicar a mendicidade. No entanto, a acção do estado face à mendicidade não era comum às diferentes categorias de pobres<sup>2</sup>, sendo que, para cada categoria correspondiam diferentes medidas de actuação. Assim, a velhice era percebida e socialmente classificada na categoria dos pobres incapazes de prover a sua subsistência, porque incapacitados para o trabalho, não sendo reconhecido aos idosos nenhum direito a qualquer protecção social e a qualquer direito de cidadania devido ao seu estatuto de indigente. Para esta tipologia de pobres, o Estado intervinha com a criação de asilos ou autorizava a mendicidade (Veloso, 2004).

As associações de socorros mútuos surgiram para prevenir e suprimir certas eventualidades da vida que podiam afectar a capacidade de trabalho e de sustento dos operários. Tinham um carácter voluntário e eram financiadas pelos próprios associados, abrangendo vários tipos de riscos sociais, como a doença e acidentes de trabalho. Já no período do Estado Novo, é regulamentado o novo regime jurídico do mutualismo e alargado o seu âmbito de actuação, sendo o respectivo Regulamento aprovado em 1932. No entanto, vem-se a verificar que estas associações apresentavam um carácter insuficiente, não satisfazendo as necessidades sociais crescentes do princípio do século

---

<sup>2</sup> Lopes (1994) propôs uma tipologia de pobres de acordo com as representações sociais da altura:

“1) Pobres por incapacidade de prover ao seu sustento: crianças, deficientes, doentes, velhos e presos;

2) Pobres aptos para o trabalho, mas impossibilitados de assegurar cabalmente a sua subsistência e a dos seus dependentes: desempregados, viúvas, trabalhadores com famílias numerosas; 3) Gente com aptidão para trabalhar, mas pobres porque voluntariamente ociosos: “falsos pedintes” (falsos porque os “verdadeiros” são os que pedem por necessidade), vagabundos e “pobres envergonhados” (os “pobres envergonhados” são pessoas que, tendo vivido na abundância, perderam as suas fontes de rendimento, não se atrevendo, por razões culturais, a exercer certos ofícios ou a mendigar; foram alvo, durante séculos, da preferência assistencial de muitas instituições caritativas)” (Lopes, 1994: 502; cit. in Veloso, 2004: 67)

(Maia, 1984, citado em Fernandes, 1997: 107). Os salários baixos, a dificuldade em disponibilizar uma quota mensal, a falta de qualificação dos operários e a ausência de sensibilização para as vantagens de uma atitude de previdência eram factores que pouco contribuíam para uma atitude reivindicativa de melhores condições de vida na velhice.

Em 1870 é aprovado um decreto regulamentar do Arsenal da Marinha que institui pensões de reforma para os operários deste Arsenal, constituindo, segundo Fernandes (1997) o primeiro caso de instituição de reformas permanentes, proporcionadas pelo Estado. O carácter excepcional deste direito à reforma originou, mais tarde, em 1886, a extensão do direito à reforma dos operários dos estabelecimentos fabris do Estado, tendo sido criada a **Caixa Económica Portuguesa**, que assegurava várias espécies de reforma mediante o pagamento de quotas variáveis consoante a idade dos interessados (Fernandes, 1997).

Tornando necessário regulamentar o direito à reforma e organizar a sua organização, é instituída em 1896 a **Caixa de Aposentações dos Trabalhadores Assalariados**, cuja administração foi confiada à Caixa Geral de Depósitos e Instituições de Previdência, a qual tinha como objectivo fomentar a providência voluntária dos trabalhadores assalariados e suprir a ineficácia das mutualidades, bem como dar a garantia de ser uma instituição pública estatal sem, no entanto, ter o objectivo de substituir-se a cada um na responsabilidade que individualmente lhe cabia de prever a sua própria segurança na velhice. Este era um assunto pessoal, de cada um, que à falta de detenção de propriedade teria assim a garantia de acesso a uma poupança acumulada, enquanto trabalhador que voluntariamente a foi depositando na Caixa de Aposentações (Fernandes, 1997). Não tendo esta Caixa de Aposentações vindo a funcionar, é criada em 1907 a Caixa de Aposentações para as Classes Operárias e Trabalhadoras que, devido à instabilidade política do país, também não chegou a funcionar (Pereirinha e Carolo: 2006).

Em 1916 seria criado o **Ministério do Trabalho**. A necessidade de reformas sociais, estabilizadoras do ambiente social e do regime republicano, perturbadas pelas convulsões das classes operárias, agravadas pela I Guerra Mundial, levou à necessidade de aprovar um vasto conjunto de diplomas em 1919, nomeadamente os **seguros sociais obrigatórios**, que cobriam situações invalidez e de velhice (Pereirinha e Carolo: 2006).

No entanto, este sistema inovador de protecção social nunca chegou a ser implementado, porque segundo Fernandes (1997), a velhice era um risco longínquo que implicava um esforço de quotização que, associado à incerteza de recolha futura de frutos, desmobilizava os potenciais interessados.

### 3.2. De 1935 a 1974

No período do Estado Novo são lançadas as bases da previdência com a aprovação da **Constituição Portuguesa de 1933**, a qual vem retomar alguma legislação antiga respeitante ao mutualismo e aos seguros sociais. A previdência social surgia para suprir as situações de insegurança decorrentes da ausência de meios de subsistência e de solidariedade. Segundo Fernandes (1997), a inovação da Constituição de 1933 foi a de fazer depender a previdência social da organização do trabalho, cujo financiamento ficava a cargo das entidades patronais e dos trabalhadores, não estando prevista qualquer participação estatal (corporativismo).

Em 1935 é publicada a Lei 1884, também chamada de **Lei da Previdência Portuguesa**, a qual vem regulamentar toda a actividade da previdência social. A organização da previdência social compreendia, para além das instituições privadas (como as Associações de Socorros Mútuos, Caixas de Reforma ou de Previdência) o conjunto das instituições do sector cooperativo, como sejam as Caixas Sindicais de Previdência, as Caixas de Reforma ou de Previdência, as Caixas de Previdência das Casas do Povo e as Casas dos Pescadores, que abrangiam os riscos de doença, invalidez e velhice dos trabalhadores subordinados, embora estas duas últimas detivessem um estatuto um pouco diferente das outras, pela abrangência não só dos trabalhadores, mas também dos patrões, desempenhando funções assistenciais (Fernandes, 1997; Pereirinha e Carolo: 2006).

A partir da década de 1935 assiste-se a uma intensa actividade de criação das **Caixas Sindicais de Previdência**, a qual é seguida por um intervencionismo do governo a partir dos anos 40. Segundo Pereirinha e Carolo (2006), o número de instituições e o número de beneficiários aumentou. No entanto, segundo Fernandes (1997), há uma diferença de crescimento entre as caixas de previdência e as caixas

sindicais de previdência, verificando-se um decréscimo destas últimas a partir de 1945, facto relacionado com o declínio da actividade sindical por força da intervenção da acção e controlo dos funcionários do Estado.

Durante a vigência da Lei nº 1884, que vigorou durante cerca de 30 anos, até 1962, as reformas por velhice, segundo Fernandes, também não beneficiaram de grandes aumentos porque era reduzido o número de contribuintes. Como referiu a autora, “a pensão de velhice representava apenas uma ajuda, ainda que a tendência proclamada fosse tomar “o seguro social um direito de todos os trabalhadores” (Fernandes, 1997: 119).

Fernandes afirma que neste período “o problema das pensões de reforma parece ser uma questão contraditoriamente pacífica” (Fernandes, 1997: 121), pois, se por um lado, a inscrição dos trabalhadores nas instituições de previdência determinava uma quotização para ter direito a usufrutos futuros (uma pensão por velhice) por outro lado, os valores a receber pelos pensionistas eram tão reduzidos que os trabalhadores eram levados a desinvestir nesse sacrifício mensal, que levaria tantos anos, para ter direito uma pensão tão irrisória. “O governo reconhece-o, mas não se propõe alterar o estado das coisas” (Fernandes, 1997: 121).

Segundo a autora, dois aspectos parecem estar na base desta posição política do Estado. Um dos aspectos estava relacionado com a perspectiva que se tinha da velhice, como um risco social previsível, pelo que cada um tinha o dever de se precaver relativamente ao futuro, nomeadamente através de uma poupança para o efeito. De acordo com esta análise, esta perspectiva vinha ao encontro daquilo que deveria ser a previdência. Esta “não deveria transformar-se numa organização que garanta todos os benefícios, cubra todas as eventualidades e se substitua plenamente ao homem na preparação e defesa do seu futuro” (Projecto de Reforma da Previdência Social, 1957: 440 cit. in Veloso, 2004: 85).

O segundo aspecto prende-se com a valorização do papel da família no contexto do Estado Novo. Fernandes conclui que “claramente se assume o papel da instituição familiar como o da primeira instituição social que naturalmente é responsável pela segurança na sociedade” (Fernandes, 1997: 122).

Podemos assim concluir que a velhice ainda permanecia mais invisível do que identificada, uma vez que ela ainda não constituía uma das preocupações do Estado, cujo tratamento e apoio era, fundamentalmente da competência e obrigação da família. A esta cabia a responsabilidade de cuidar e apoiar os seus membros, ficando o Estado com um mínimo de responsabilidades na área da política social.

Em 1962 foi promulgada a Lei nº 2115, **Reforma da Previdência Social**, cujo objectivo consistia em enquadrar a Previdência Social no quadro mais vasto da política social. Trata-se de uma reforma de grande alcance, cujos efeitos perduraram por um longo período, que ultrapassou a Revolução de 25 de Abril de 1974, até à aprovação da Lei de Bases da Segurança Social de 1984 (Pereirinha e Carolo: 2006). Ainda segundo estes autores, a Lei nº 2115 veio introduzir grandes alterações na organização institucional da previdência, desenvolvendo a extensão do sistema, alargando o seu campo de aplicação material e pessoal e contribuindo para o desenvolvimento de um Regime Geral de Segurança Social.

No que respeita aos direitos a uma pensão de velhice, os fundamentos que estavam na sua base assentavam em princípios de invalidez presumida e no salário diferido: o valor das pensões atribuídas era normalmente insuficiente para satisfazer as necessidades sentidas com o afastamento do trabalho remunerado e a cessação de um salário (Fernandes, 1997).

Com a lei nº 2115, a previdência social para a velhice apresenta um carácter meramente assistencial, evidenciando uma fraca importância atribuída à velhice quando a tendência consistiu em transferir os seguros diferidos (constituídos essencialmente por pensões de reforma) para seguros/benefícios imediatos, nomeadamente para os subsídios de desemprego, assistência na doença, abonos de família e apoio à maternidade. Ou seja, a velhice não era ainda considerada uma situação de risco e de insegurança (ao contrário da doença, por exemplo) sendo considerada previsível e, como tal, devendo ser acautelada enquanto houvesse condições para tal.

A velhice parece continuar a ser um problema individual, continuando a constituir-se como um problema a ser resolvido no âmbito do foro privado da família e se, nesta altura, já existiam pensões de reforma, estas ainda não eram generalizadas a



toda a população, o que determinava ainda a dependência relativamente à caridade alheia em situações de carência ou de incapacidade para o trabalho.

Entre 1960 e 1965 aumentaram as proporções dos montantes das despesas destinados ao pagamento de pensões, aumentos devidos ao envelhecimento das instituições e ao aumento do número de beneficiários que vão atingindo a idade de reforma.

Em 1965 o envelhecimento populacional já começa a ter visibilidade pelo crescimento da população com mais de 65 anos e pela emergência de situações de reconhecida carência entre esta população.

Em 1970 foi alargado o regime de pensões de sobrevivência a todos os beneficiários da Previdência e generalizado o abono de família a todos os rurais. É no governo de Marcelo Caetano que as instituições se tornam permeáveis às influências das ideologias subjacentes a um **Estado-Providência**, já em expansão na maior parte dos países da Europa ocidental (Fernandes, 1997).

Até 1974 a tendência das medidas legislativas vão no sentido do alargamento da previdência a todos os trabalhadores, sendo que em 1972, cerca de 70% da população com mais de 65 anos beneficiavam de pensão de reforma por invalidez ou velhice e cerca de 72% da população activa estava inscrita no sistema de previdência social (Fernandes, 1997).

### 3.3. A Emergência de Políticas Sociais de Velhice (1974-1985)

A partir de 1974 o, então, Sistema de Segurança Social assume novos contornos, apresentando-se o Estado com um cariz protector, reconhecendo a todos o direito a uma vida digna, mesmo nas situações de risco que envolvem a doença, a falta de trabalho ou a velhice. Desta forma, é decretada em 1974 a criação de uma **pensão social** para todos os que tivessem mais de 65 anos ou fossem inválidos e não beneficiassem de qualquer esquema de previdência, sendo alargado o seu campo de aplicação a todas as pessoas com mais de 65 anos que não tivessem exercido actividade remunerada. As consequências desta legislação, que tinha por objectivo colmatar lacunas de um passado

pouco protector relativamente à população idosa, como o acesso a uma pensão de velhice, mesmo não associada a um vínculo laboral, traduziu-se num aumento acentuado do número de pensionistas (Veloso, 2004). Foi entre 1975 e 1980 que se verificou um acréscimo mais elevado do número de pensionistas, devido a “um conjunto de medidas adoptadas num espaço de tempo muito curto, da ordem de meia dúzia de anos, e que os integrou no universo dos reformados (Carreira, 1996; citado em Veloso, 2004). Tais medidas vieram, deste modo, contribuir para a visibilidade de uma faixa etária e para a emergência e institucionalização da velhice como problema social, para a qual muito contribuiu a intervenção do Estado.

A **Constituição da República Portuguesa**, promulgada em **1976** vem assim consagrar um conjunto de direitos sociais, entre eles o **direito à Segurança Social** e, por sua vez, o direito a uma reforma de velhice, reconhecida como um direito social cujo acesso já não depende da associação a um vínculo laboral ou a qualquer outra condição para ter acesso à cobertura de riscos sociais.

Podemos assim afirmar que foi a partir da revolução de Abril de 1974 e com todas as mudanças políticas e sociais que daí resultaram, nomeadamente com a adopção dos princípios da segurança social, que se caminhou para a emergência da terceira idade como categoria social autónoma, com contornos visíveis e identificados e, por isso, objecto de atenção por parte de políticas sociais.

Esta nova Constituição, no seu artigo 63º, vem consagrar o princípio de que “todos têm direito à Segurança Social” e mais à frente, no seu artigo 72º vem determinar a obrigatoriedade de definição de uma política referente à população idosa: “O Estado promoverá uma política de Terceira Idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas”; “A Política da terceira Idade deverá ainda proporcionar condições da habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade” (citada em Quaresma, 1988).

Podemos assim afirmar que até ao final da década de 60, os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, estando integradas

no conjunto das preocupações da previdência e da assistência (sendo que no âmbito da assistência apenas cabiam as situações de indigência e vagabundagem).

É a partir dos inícios da década de 70 que se começam a falar dos problemas da população idosa. Desta forma, é criado o **Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos**, do Instituto da Família e Acção Social, da Direcção Geral da Assistência Social, o qual veio substituir o Instituto da Assistência aos Inválidos, cuja lógica assistencial surge agora virada concretamente para a categoria social dos idosos

A partir de meados dos anos 70 surgem então as primeiras tentativas para a definição de uma política de velhice, cujos objectivos consistem:

- Na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas:
- Participação das pessoas idosas na vida económica, social e cultural do seu país, evitando a identificação da situação do idoso com situações negativas (Quaresma, 1988:228).

Vão surgindo assim novos olhares, organizações e programas para o enquadramento da velhice, nomeadamente criando-se redes de suporte formal (instituições), serviços especializados e orientados para as pessoas idosas.

A designação dos asilos é substituída por outras nomenclaturas de acolhimento, como por exemplo por Casas de Repouso ou Lares de Terceira Idade. No entanto, outro tipo de respostas foi surgindo, devido, não só, ao aumento do número de pessoas idosas com mais de 65 anos, mas também pela escassez de equipamentos, pelo que se assiste no período de 1976 a 1985 a uma viragem das modalidades públicas de assistência, privilegiando a manutenção das pessoas idosas no seu próprio domicílio, criando-se condições para que aí possam permanecer integradas socialmente. Evidenciam-se assim os Centros de Dia, os Centros de Convívio e os Serviços de Apoio Domiciliário, constituindo-se como respostas economicamente mais vantajosas do que as de internamento. Estas medidas de política social partem do pressuposto de que é possível retardar o internamento, bem como o envelhecimento (físico e social), através da prestação de diferentes serviços e actividades culturais, recreativas, ocupacionais e de convívio, preconizando uma velhice autónoma, activa e participativa, à qual

corresponde uma nova representação social do idoso, contrária à do idoso dependente e indigente difundida nas décadas anteriores.

A política de manutenção do idoso no seu meio natural de vida foi preconizada pelo Estado, embora determinada pela sua fraca participação do ponto de vista financeiro. Assiste-se assim, a uma preocupação do Estado em envolver outros parceiros na prossecução dos objectivos da segurança social relativos à Terceira Idade, transferindo para as **Instituições Particulares de Solidariedade Social** um conjunto de iniciativas no campo da acção social. Boaventura Sousa Santos vem a designar esta actividade social privada por “Sociedade Civil Secundária”, a qual por Decreto Lei nº 519 G2/79 de 19 de Dezembro, era desenvolvida por estas Instituições e que, no nº1 daquele diploma, tinham por objectivo “facultar serviços ou prestações de segurança social” e também o propósito de “dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos”.

Mais tarde, em 1983, esta sociedade-providência organizada em actividades/serviços de segurança social é reforçada pelo **Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro**, diploma que vem alargar a concepção legal das IPSS's aos domínios da saúde, da educação, da habitação e a outros em que as necessidades dos indivíduos e das famílias encontram apoio.

Em 1981, o número de Lar de Idosos em Portugal, tutelados pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social eram de 322, passando para 543 em 1993. Os centros de convívio, centros de dia e serviços de apoio domiciliário, nas mesmas datas, passam de 60 para 162, de 35 para 858 e de 28 para 710, respectivamente (Vaz, 1998: 622).

### **3.4. A Consolidação das Políticas Sociais de Velhice (1985-2006)**

Com o X Governo Constitucional (1986), a política para a Terceira Idade continua ainda bastante incipiente, predominando a lógica das respostas sociais menos onerosas num contexto de valorização e de transferência de responsabilidades para a área da sociedade civil, nomeadamente para as IPSS's, as associações mutualistas, entre

outras, demarcando definitivamente as tendências de privatização do Estado na área do bem-estar social que mais não é aquilo a que Boaventura Sousa Santos vem a caracterizar como um semi Estado-Providência.

Para a concretização da intenção de definir e executar uma política para a terceira idade foi criada em 1988 (XI Governo Constitucional) a **Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI)**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 15/88 de 23 de Abril, cujas funções vêm a consistir no estudo do envelhecimento da população portuguesa e, partir daí, elaborar propostas que contribuíssem para a definição de uma política social que respondesse aos problemas da população idosa, bem como propor a dinamização de acções de informação sobre a questão do envelhecimento com vista a alterar as imagens negativas sobre os idosos e sobre a importância da solidariedade entre gerações (reforço do papel da família na prestação e cuidados aos mais velhos como forma de produção do bem-estar social – sociedade providência enquanto substituta do Estado-Providência). Para além destas funções, a CNAPTI surge também para dar cumprimento às orientações emanadas no Plano Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado na I Assembleia Mundial de Viena em 1982, o qual se vem a constituir na base das políticas públicas para a terceira idade.

Na decorrência do I Programa Comunitário de Apoio às Pessoas Idosas e do Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações, surge em 1994 o **Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)** através do Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, o qual visa criar condições para que o idoso se mantenha no seu domicílio através da disponibilização de diferentes serviços de natureza permanente e urgente; dar apoio às famílias cuidadoras de familiares idosos dependentes; promover e apoiar acções de formação, quer inicial, quer em exercício dos profissionais, voluntários, familiares ou outras pessoas da comunidade e, por último visa prevenir o isolamento, a exclusão, a dependência, concorrendo para solidariedade entre gerações. Este programa, apesar de ter contribuído para a articulação dos serviços de acção social e da saúde na concretização dos projectos integrados de serviço apoio domiciliário, centros de apoio a dependentes e a formação de recursos humanos, acabou por não ter muita expressão e continuidade no sentido de uma política integrada e global para a terceira idade.

Com o XIII Governo Institucional, o PAII continua a ser desenvolvido, sem alterações nos objectivos e nas formas de funcionamento e de gestão inicialmente preconizadas, prosseguindo-se com a política de manutenção dos idosos no domicílio com o objectivo de retardar o processo de envelhecimento e institucionalização precoce.

Sintetizando, entre 1976 e 2002 verificaram-se mudanças significativas na forma de encarar os problemas decorrentes do envelhecimento e da velhice, as quais se traduziram na criação de diferentes equipamentos e serviços destinados à população idosa, possibilitando-lhe a permanência no seu meio residencial e contrariando as políticas precedentes da institucionalização em asilos ou em lares.

Entre 1985 e 1995 intensifica-se o papel protagonizado pelas IPSS's e outras organizações congéneres, que entretanto foram criando e desenvolvendo novas respostas de intervenção local e domiciliária, não existindo assim um verdadeiro Estado-Providência que fornecesse esses diferentes serviços.

Segundo dados retirados na Carta Social (2004), todos os concelhos do Continente estão abrangidos por respostas destinadas à população idosa, no entanto, a sua maior concentração verifica-se nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto e nos concelhos com maior índice de envelhecimento. Desde 1998, entraram em funcionamento mais de 1745 valências para este grupo populacional, o que representa uma taxa de crescimento de 41%. É de referir que todas as respostas sociais na área da população idosa revelam um crescimento progressivo bastante significativo.

Analisando a evolução das principais respostas sociais para esta área, e tendo por base o período de referência de 1998 a 2004, o serviço de apoio domiciliário tem sido a resposta social, cujo crescimento tem sido mais significativo (61%). Relativamente às restantes respostas, como o Centro de Dia (35,3%), Lar e Residência para Idosos (29,8%) e Centro de Convívio (26,2%), observam-se também evoluções muito positivas, traduzindo assim a preocupação pública com o bem-estar da população idosa.

A dinâmica observada nas restantes respostas para a população idosa tem vindo também a reflectir-se num claro aumento de capacidade instalada e do número de utentes. É no serviço de apoio domiciliário que se verifica a maior taxa de crescimento, quer ao nível da capacidade, quer ao nível do número de utentes, facto que pode ser

explicado pela política desenvolvida nos últimos anos, privilegiando esta resposta como alternativa às convencionais respostas institucionalizadas. Desde modo, verificou-se um aumento de capacidade e do número de utentes de 78,5% para 88% entre 1998 e 2004 (Carta Social, 2004)

Em Maio de 2006, o XVII Governo Constitucional aposta decisivamente numa nova geração de políticas sociais, constituindo o investimento em equipamentos sociais uma dimensão estratégica de desenvolvimento em Portugal.

Tendo como intenção o alargamento da rede de equipamentos sociais, é criado e regulamentado o **Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES)** que visa essencialmente estimular através dos recursos financeiros provenientes dos jogos sociais, o investimento privado em equipamentos sociais, com o objectivo de aumentar a capacidade instalada em respostas, não só nas áreas da Infância e Juventude e Deficiência, mas também na área da população idosa. Nesta área o objectivo consiste na criação de condições que promovam a autonomia das pessoas idosas, melhorando a resposta ao envelhecimento e às situações de dependência com vista à promoção de maiores níveis de integração e exercício de cidadania.

Especificamente, o PARES pretende dar continuidade ao desenvolvimento de respostas sociais que promovam a permanência das pessoas idosas na sua residência com maior autonomia e mais qualidade de vida, aumentando o número de lugares em Centros de Dia e reforçando significativamente os Serviços de Apoio Domiciliário, bem como melhorar a resposta no envelhecimento e na situação de dependência dos idosos, através do aumento do número de lugares em Lares. Trata-se de um programa que assenta no estímulo ao investimento privado, privilegiando os projectos institucionais que recorram a um maior financiamento próprio, concretizado através de parcerias entre as instituições e os parceiros locais (Portaria nº 426/2006 de 2 de Maio). A política de financiamento deste Programa vem assim reforçar a ausência da participação do Estado na implementação de medidas de política social nas diversas áreas do social.

## II PARTE

---



## 1 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VELHICE

O aumento demográfico da população idosa constitui uma das transformações sociais mais importantes nas últimas décadas da humanidade e uma realidade presente em todas as sociedades economicamente desenvolvidas. No entanto, este envelhecimento generalizado da população traz consigo novos problemas sociais na medida em que a velhice aparece como um período em que ocorrem grandes mudanças ao nível biológico, psicológico e social. Estas mudanças exigem, por sua vez, um grande esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se assim de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa.

Do ponto de vista biológico, o que se pode verificar é que à medida que vamos envelhecendo, uma série de mudanças ocorrem no nosso organismo, gerando inevitavelmente um conjunto de limitações resultantes de uma redução da capacidade funcional devido ao curso do tempo, aparecendo assim o envelhecimento associado a um período de decadência inexorável. Por outro lado, não podemos deixar de destacar que o declínio não é vivenciado de forma idêntica por parte das pessoas idosas, existindo uma variabilidade de padrões de envelhecimento, cujas diferenças se podem explicar tendo em conta a combinação de factores genéticos, pessoais e ambientais (Paúl, 1991; citada em Sequeira e Silva, 2002).

Mas o envelhecimento não é apenas um problema biológico e psicológico. Ele é também, segundo Fonseca (2006), uma questão social. As alterações ocorridas nas esferas familiar e social reflectem-se inevitavelmente na vida dos idosos, determinando em grande medida o aumento da sua institucionalização.

As mudanças que se produziram ao nível do sistema familiar da sociedade actual modificaram a natureza e a qualidade das relações com os idosos. A crescente mobilidade geográfica das populações, bem como as alterações verificadas ao nível do estatuto social da mulher, determinam um menor envolvimento da família na prestação de cuidados aos seus familiares mais idosos. Estes encontram-se “cada vez mais velhos” e as situações de dependência e grande dependência tomam visibilidade, assistindo-se a um conseqüente aumento na procura de instituições de apoio social que assegurem a satisfação das suas necessidades fundamentais, o seu bem-estar e qualidade de vida.

Não deixando de admitir que a família em Portugal ainda constitui o grande suporte dos idosos, importa reconhecer que muitas das responsabilidades que tradicionalmente competiam às famílias são cada vez mais asseguradas por instituições públicas e/ou privadas. Estas mudanças ao nível da responsabilidade pelos cuidados aos mais idosos vêm contribuir para a reorganização das relações entre as pessoas idosas e o seu meio familiar.

De acordo com Lesemann e Martin, nas últimas décadas, estas grandes mudanças na esfera familiar conduziram a uma “reorganização das relações familiares em torno do intercâmbio afectivo” (1995: 134). Enquanto na família tradicional o empenho das mulheres na prestação de serviços familiares constituía um valor em si, na família moderna, esses serviços, baseados numa relação de troca assente sobre a regra moral da dedicação afectuosa, são hoje desvalorizados. Citando François de Singly, estamos hoje confrontados com um “*declínio dos valores de dedicação*” e também com o “*enfraquecimento das trocas de serviços no seio da família*” (de Singly, 1988: 136 e 140, citado em Lesemann e Martin, 1995: 135). Deste modo, o reconhecimento da necessidade de uma intervenção por parte de políticas sociais orientadas para o bem-estar das pessoas idosas vem a traduzir-se num aumento significativo da oferta de serviços sociais de base comunitária e domiciliária para responder aos seus problemas e necessidades. No entanto, factores como a incapacidade, a doença, a falta de recursos económicos, assim como a inexistência de uma rede de interacções que facilitem a integração familiar e social do idoso fazem surgir a institucionalização, não como a alternativa mais favorável, mas como a última alternativa quando outras respostas sociais se tornam inviáveis.

Sendo uma situação inevitável, o facto é que o internamento definitivo das pessoas idosas acarreta um vasto conjunto de alterações de vida, sendo para muitas considerado como a última etapa de uma trajectória de vida. Por isso, não é difícil perceber que os momentos anteriores à institucionalização sejam, muitas vezes, momentos vividos com alguma tensão e angústia perante um novo mundo desconhecido. Neste sentido, para Martins (2006) o ideal seria que as pessoas idosas tivessem oportunidade de exercer uma livre escolha dos equipamentos necessários à satisfação das suas necessidades. No entanto, o que tem acontecido normalmente é que o factor “escolha” assume, em algumas situações, o foro de privilégio quando na

realidade deveria constituir um direito, ou seja, o direito de acesso a respostas diversificadas e capacitadas para atender adequadamente às necessidades dos que delas necessitam (Cadete, 2001; citado em Martins, 2006).

No que respeita à questão do direito a opções na escolha de residências, Martins, citando Paúl (1991) refere que, para a maioria dos nossos idosos portugueses, o factor escolha de um novo local para residir foi extremamente limitado, devido à insuficiência generalizada de equipamentos e aos seus baixos recursos económicos, tornando-se esta forma de institucionalização num “misto de voluntária e compulsiva” (Martins, 2006: 139). Este processo é agravado quando a decisão pela institucionalização não provém do principal envolvido no processo: o idoso.

Vários estudos informam-nos que são diversas as causas que levam as pessoas idosas a mudarem-se para um Lar de Idosos. As causas podem estar relacionadas com uma multiplicidade de factores. Tobin e Liberman (citados em Bazo, 1991), num dos estudos seminais sobre as causas da institucionalização, apontam que a decisão de internamento é causada pela inter-relação de três variáveis: a crescente deterioração física, a incapacidade ou a falta de vontade dos familiares para prestação de cuidados e a ausência de serviços comunitários que ajudem a manter uma vida independente.

Bazo (1991) foca factores de ordem pessoal ou psicológica, social, física ou de saúde como determinantes na institucionalização corroborando igualmente a tese de Grandall (citado em Bazo, 1991) que não é a falta de saúde a variável determinante para a mudança das pessoas idosas para uma residência, mas sim a ausência de apoio social.

Para contrariar a ausência de alternativas à institucionalização, por muitos considerada nefasta em vários aspectos, têm vindo a surgir outro tipo de respostas que visam remeter o idoso no seu meio habitual de vida, como os serviços de apoio domiciliário e os centros de dia, respostas sociais que visam, primordialmente, evitar a institucionalização precoce e retardar o envelhecimento. No entanto, há situações que, pela diminuição das capacidades funcionais, pela ausência de suporte familiar e pela necessidade de cuidados específicos, tornam inviável a permanência no domicílio e aconselhável a institucionalização.

Apesar das considerações negativas existentes relativamente aos lares de idosos, estudos há nesta área que defendem a existência de vantagens da institucionalização, como sejam o aumento das interações sociais com outros residentes, ampliação da rede de amigos, amizades mais activas e, enfim, uma satisfação de vida mais elevada.

### **1.1. Dos Asilos aos Lares de Idosos**

Tendo em conta a importância do contexto ambiental no bem-estar das pessoas idosas, torna-se pertinente neste estudo fazer uma abordagem evolutiva do carácter institucionalizador das instituições que acolhem pessoas idosas. Neste sentido, não faria sentido avançar neste ponto capitular sem abordar, ainda que muito tenuemente, aquilo que foram as primeiras formas de institucionalização, mais comumente conhecidas como os asilos.

No capítulo anterior, tivemos a oportunidade de evidenciar que a inexistência de condições para garantir a prevenção de situações de pobreza por ausência de sistemas de protecção social e de suporte familiar para fazer face à subsistência, os pobres (neles se incluindo os velhos pobres) eram relegados para o âmbito da caridade e a assistência pública entendidas, no período do século XIX, como um dever ou uma obrigação moral. A velhice era facilmente percebida e socialmente classificada na categoria dos pobres e indigentes incapazes de prover a sua subsistência, não lhes sendo reconhecido qualquer direito de protecção social e de cidadania devido ao seu estatuto de indigente<sup>1</sup>. Neste sentido, os asilos e os hospícios eram as modalidades de assistência existentes para tratar de problemas sociais associados à mendicidade e à instabilidade social provocada pelo aumento crescente de marginalidade social.

No início do século XX, em Portugal, a assistência pública iniciou os seus primeiros passos, distinguindo-se da caridade e da filantropia. Esta última era considerada de «caridade colectiva» e de carácter privado e desempenhava uma função de complementaridade com a assistência pública, normalmente insuficiente para

---

<sup>1</sup> No primeiro terço do século XX, Pinto (1999) identifica dois mundos distintos: o dos ricos e o dos pobres. Estes últimos acumulam “handicaps” como a idade, o sexo, a doença, a fragilidade da estrutura familiar e possuem uma cultura própria, a “cultura dos pobres” (Pinto, 1999: 14).

resolver todos os problemas e carências existentes. Neste período, desenvolve-se também a ideia de reforçar o papel assistencial das Misericórdias, como alternativa a um sistema em que as modalidades pública e privada eram insuficientes para responder satisfatoriamente às necessidades reais da população indigente (Pinto, 1999).

No seu estudo sobre “Os Indigentes” em Lisboa, no 1º Terço do Século XX, Pinto (1999) evidencia precisamente a insuficiência da oferta de albergues e asilos para fazer face às necessidades dos indigentes, pelo que os albergues, com carácter de abrigo transitório, facilmente se convertiam em asilos. A entrada nestes estabelecimentos de assistência dependia de requerimento dirigido ao governador civil, tendo em conta critérios como a idade, o sexo e a incapacidade para o trabalho. Os motivos principais apresentados pelos titulares desses pedidos consistiam na precariedade das condições de vida, aliada à falta de meios e incapacidade para o trabalho motivada por doença ou por idade avançada. Ainda segundo a autora, a média de idades dos adultos que procuravam os asilos rondava os 62 anos, correspondendo o maior número de casos às faixas etárias dos 61-70 e 71-80 anos. A morte seria a causa mais frequente do termo da estadia dos asilados, após uma permanência média entre 5 a 10 anos.

Apesar das conotações negativas que tinham estes estabelecimentos o facto é que, os asilos de idosos enquadrados na assistência pública (Asilo de Mendicidade de Lisboa, o Asilo de Velhos de Marvila e o Asilo Portuense de Mendicidade), e segundo os dados recolhidos pela autora, eram positivamente conotados com as condições de higiene e de alimentação que ofereciam aos asilados, facilmente se concluindo que os velhos do asilo viviam melhor do que se julgava, constituindo, para muitos, foro de privilégio a entrada nesses estabelecimentos.

O Projecto de Proposta de Lei nº 514 de 24 de Maio de 1961 para o Estatuto da Saúde e Assistência vem evidenciar que entre 1949 a 1959 foram assistidos em internamento cerca de 4155 idosos nos três asilos agregados ao Instituto de Assistência aos Inválidos. De acordo com este projecto de proposta de lei, o que se preconizava como preocupação principal, relativamente às pessoas de idade avançada, era evitar aos internados a desadaptação social que o seu internamento poderia causar. Ou seja, seria essencial “criar-lhes ambiente tão semelhante quanto possível àquele em que vivem os

indivíduos da mesma criação que, mais favorecidos pela fortuna, continuam integrados na sua família e no seu meio social” (1961: 1454).

No entanto, as regras e os procedimentos que se praticavam nestes estabelecimentos reflectem-se no totalitarismo das instituições de Goffman, transformadas num universo à parte, que se pretendia isolar do mundo real, o que explica muitos dos confrontos e resistências a que se assistia dentro de cada instituição, também analisados pela autora.

O controlo que era exercido sobre os indigentes nos asilos e a imposição do trabalho afigurava-se-lhes algumas vezes mais penoso ou menos atractivo do que viver sem abrigo e na insegurança das ruas. Os que ficavam, submetendo-se às regras e disciplina do asilo, tinham que sufocar a sua revolta pelas injustiças sofridas e pelo facto de se sentirem abandonados, sem família e sem amigos. Por outro lado, fazia-se um esforço no sentido de satisfazer as necessidades básicas dos indivíduos mas não havia grande preocupação com o seu conforto mais íntimo. Tudo era normalizado com base em regulamentos rígidos que impediam a liberdade das condutas de cada um aos mais diversos níveis: horários e regras ao nível da alimentação, saúde e higiene pessoal, não havendo sequer qualquer tipo de preocupação ao nível da organização de programas de animação e lazer. Os deveres dos utentes eram sempre mais numerosos e pesados do que os seus direitos (Pinto, 1999).

No que respeita às Instituições vocacionadas para o apoio aos indigentes idosos, realçamos o papel fundamental atribuído às Misericórdias, cuja actividade, imbuída do espírito da caridade cristã, desempenhavam um importante serviço reconhecido pelo Estado que, através do então criado Instituto de Assistência aos Inválidos, lhes competia, “na maior medida possível, o primeiro lugar nas actividades hospitalar e assistência dos concelhos” (Estatuto da Saúde e Assistência de 24 de Maio de 1961).

No entanto, não podemos deixar de evidenciar a forma como eram conotados estes idosos. A forma de tratamento social a que eram submetidos reflecte a forma como era encarada a velhice nestes tempos. Esta era sinónimo de pobreza, indigência e, sobretudo de doença e invalidez, motivo pelo qual a assistência social a esta categoria social era enquadrada no âmbito do Instituto de Assistência aos Inválidos, criado pelo Decreto-Lei nº 35 108 de 7 de Novembro de 1945. Este Instituto tinha como funções

orientar e coordenar as instituições que se propunham amparar e proteger os velhos (que não conseguiram economizar o bastante para a velhice e não beneficiavam de qualquer tipo de previdência) e os inválidos (por estarem física ou psiquicamente diminuídos), categorias que tinham em comum a impossibilidade de angariar por si os meios necessários à sua subsistência (Projecto de Proposta de Lei nº 514 de 25 de Maio de 1961 para a criação do Estatuto da Saúde e Assistência: 1454).

É a partir dos anos 60 do século XX, altura em que emerge uma nova representação social das pessoas idosas, que o modelo institucional dos lares de idosos passa a ser alvo de algumas críticas, devido ao facto de ser considerado como uma forma cultural administrativa próxima daquilo a que Michel Foucault designou por “modelo carcerário”. Este modelo era caracterizado pelo fechamento físico de categorias socialmente homogéneas enquadradas por um regime de organização, observação e disciplina que se traduzem sobretudo em dominação social. As críticas respeitavam fundamentalmente à forma de actuação dos lares em matérias como a minimização dos contactos sociais (familiares, amigos, meio residencial, etc.) e de desarticulação com os laços de afectividade e repressão da sexualidade, insensibilidade ao desenvolvimento de projectos pessoais, para além de não proporcionarem actividades de animação, ocupação e lazer, conservando-se em regulamentações rígidas e coercivas e em instalações deficitárias (Casanova *et al.*, 2001).

Face à imagem negativa com que são conotados os lares de idosos, assiste-se, a partir desta década, a uma revisão progressiva dos modelos institucionais de internamento da população idosa, apostando-se em lares de menor dimensão (para além de outras respostas de manutenção no domicílio) com redefinição da sua localização, da sua relação com o exterior, da oferta de actividades, das formas e regras de organização interna, do calendário e de horários, de instalações e equipamentos, de serviços e de técnicos, em prol da qualidade dos serviços.

Neste sentido, começa a evidenciar-se uma maior preocupação do Estado no que se refere à qualidade dos serviços prestados pelos lares de idosos, tendo em conta os fins sociais prosseguidos e o seu reflexo no bem-estar social da população. Assim, verificando o Governo a criação, sobretudo nas cidades e áreas industriais, de elevado número de estabelecimentos destinados a receber, a título oneroso e lucrativo pessoas

idosas e, considerando que as instalações destes equipamentos não oferecem o mínimo de condições de higiene e pessoal técnico que assegure um funcionamento satisfatório (apresentando aspectos de gravidade, até no campo moral), importa pois tomar medidas legislativas adequadas e regulamentar o exercício destas actividades. Neste contexto, é criado em 14 de Setembro de 1968 o Decreto-Lei nº 48 580, pelo Ministério da Saúde e da Assistência, primeiro diploma que surge para estabelecer a sujeição dos equipamentos com fins lucrativos, nomeadamente, os de apoio a pessoas idosas e diminuídas, a licenciamento prévio e à fiscalização pelos serviços do respectivo Ministério, no que respeita às condições de instalação e funcionamento.

Nos termos do 12º artigo do referido Decreto-Lei, são aprovadas as instruções para a instalação e funcionamento de lares para pessoas idosas e diminuídas através da Portaria nº 24 214 de 31 de Julho de 1969. Esta Portaria abrange os estabelecimentos com fins lucrativos destinados a proporcionar exclusivamente a esta população serviços de alojamento, alimentação e outros de carácter complementar. Trata-se de um passo importante em matéria de intervenção estatal na legalização e fiscalização de lares de idosos. O diploma impõe algumas regras de funcionamento, mas é pouco exigente e vago em termos das estruturas físicas dos edifícios, nomeadamente ao nível das instalações (em que apenas se salvaguardava a independência em relação a outros ocupantes - idosos e diminuídos), remetendo apenas para a criação de instalações consideradas necessárias, dentro dos programas aprovados pela Direcção-Geral da Assistência para os estabelecimentos congéneres das instituições de assistência particular (artigos 9º e 10º da norma III da Portaria nº 24 214 de 31 de Julho de 1969).

A referida Portaria aponta ainda para a obrigatoriedade destes estabelecimentos lucrativos <sup>2</sup> disporem de pessoal em número suficiente para assegurar o bom funcionamento do estabelecimento de harmonia com a sua lotação (não apontando para rácios obrigatórios), a afixação pública das condições de admissão, preçários e registos actualizados dos pensionistas e à obrigatoriedade de existência de um responsável

---

<sup>2</sup> Salientamos que, de acordo com dados retirados da Carta Social de 1998, até 1974 existiam cerca de 39 lares lucrativos, estando concentrada, a sua grande maioria no distrito de Lisboa, no qual estavam implantados cerca de 32 lares.



directo pelo funcionamento dos estabelecimentos, o qual deveria ter, preferencialmente, curso de enfermagem (Norma IV da Portaria nº 24 214 de 31 de Julho de 1969).

Decorridos cerca de 13 anos de vigência destes diplomas legais é criado um novo diploma por se ter concluído da ineficácia do anterior (porque demasiado centralizador) e, sobretudo, da mudança estrutural do sector da segurança social que levou ao, então, desfasamento das suas normas em termos da realidade social que pretendia regular. Estamos a referir-nos ao Decreto-Lei nº 350/81 de 23 de Dezembro, diploma que pretende repor a obrigatoriedade do licenciamento prévio de equipamentos sociais e do exercício de actividades com fins lucrativos no campo da segurança social, ao mesmo tempo que concede um prazo (menos alargado que o anterior diploma) para os que, à data, não possuíssem alvará o devessem requerer.

Numa perspectiva descentralizadora, e inovadora, o diploma vem atribuir aos centros regionais de segurança social da área de implantação a fiscalização destes equipamentos sociais, a atribuição de alvarás, a aplicação de coimas e de ordem de encerramento para quem não proceda à sua respectiva legalização. Um aspecto a considerar relevante neste diploma é a atenção dirigida à afixação da lotação máxima autorizada, embora em regulamentação legal se autorize, como limite máximo, que essa lotação possa ir até acima dos 50%. A regulamentação deste Decreto-Lei data de 16 de Julho de 1983 e enaltece um outro aspecto importante, que é o que respeita à distinção realizada entre pessoas idosas e pessoas deficientes (até então diminuídas). Esta distinção é fundamentalmente baseada na caracterização e definição dos respectivos equipamentos vocacionados para ambas as categorias. Segundo este despacho regulamentar (nº 69/83) vêm a designar-se por lar de idosos “ os estabelecimentos destinados ao alojamento colectivo e à prestação permanente de serviços a idosos, com vista a garantir-lhes o indispensável bem-estar social” (art. 2º, nº 4 e 5 do Decreto Regulamentar nº 69/83 de 16 de Julho).

Por força do artigo 16º do Decreto-Lei nº 350/81 de 23 de Dezembro e do artigo 6º do Decreto Regulamentar nº 69/83 de 16 de Julho são aprovadas, a 24 de Julho de 1984, as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento de lares com

fins lucrativos<sup>3</sup> de apoio a idosos por Despacho Normativo da Secretaria de Estado da Segurança Social do Ministério do Trabalho e Segurança Social, Trata-se de um diploma bastante marcante em termos de implementação de normas reguladoras de instalação e funcionamento dos lares para idosos, que vão desde a regulamentação das infra-estruturas básicas ao funcionamento interno dos estabelecimentos. Verificam-se já algumas preocupações do Estado com a implantação de lares de menores dimensões, ao impor limites mínimos e máximos de lotação<sup>4</sup> atento aos constrangimentos que provocam ao nível das relações interpessoais e da prestação de cuidados. O respeito pela autonomia, pela individualidade e privacidade dos utentes, a importância do favorecimento dos relacionamentos inter-familiares, inter-comunitários e entre o pessoal do equipamento<sup>5</sup> são valores que se vão evidenciando, promovendo por esta via a abertura das instituições ao exterior, bem como a promoção da liberdade de movimentação interna e externa dos utentes.<sup>6</sup> São ainda de evidenciar outros aspectos como as condições de localização e instalação, anteveendo-se preocupações (ainda que muito ténues) com a introdução de algumas amenidades protésicas propícias a um efectivo domínio do meio institucional por parte dos utilizadores<sup>7</sup>, bem como com os compartimentos necessários, nomeadamente os quartos, cujo diploma remete para a obrigatoriedade de existência de quartos individuais e comuns, embora não fazendo referência ao limite máximo de camas previstas para estes últimos, pelo que, nestes compartimentos, a privacidade individual<sup>8</sup> ainda não era perfeitamente assegurada.

É de salientar também a preocupação legal com a adequação e/ou aproximação dos lares a um ambiente tanto quanto possível, próximo do familiar, quando prevê que o

---

<sup>3</sup> No período de 1975 a 1985, foram criados cerca de 64 lares lucrativos, com maior representatividade no distrito de Lisboa, o que representa à data de 1985, cerca de 103 lares lucrativos a nível nacional (Carta Social, 1998)

<sup>4</sup> Para efeitos de regulamentação das condições mínimas para instalação e funcionamento dos lares lucrativos para idosos, consideram-se lares de idosos os estabelecimentos que acolham um número mínimo de 4 pessoas, não devendo ter capacidade para mais de 60 pessoas (norma I do Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho).

<sup>5</sup> De acordo com a Norma II do Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho.

<sup>6</sup> Cada estabelecimento é obrigado a possuir um regulamento interno, donde constem, entre outros elementos, os que respeitam aos horários das refeições, das visitas e das entradas e saídas dos utentes (al., d) do nº 1 da Norma XV do Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho)

<sup>7</sup> De acordo com a norma III do diploma em análise, a localização e instalação dos lares para idosos deve obedecer a critérios de fácil acessibilidade: instalação de ascensores, dimensões adequadas para circulação de cadeiras de rodas, corrimões de apoio nos corredores e escadas do edifício (Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho).

<sup>8</sup> Esta deveria ser garantida com a existência de um sistema móvel de separação entre camas (nº3 da norma V do Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho).

mobiliário deve ser em geral idêntico ao de uma habitação normal (nº1 da norma XIV do Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho).

Em 1989 é criado um novo diploma com vista a reforçar novamente a capacidade fiscalizadora dos centros regionais e sujeitar obrigatoriamente a licenciamento prévio a instalação e o funcionamento dos estabelecimentos lucrativos que desenvolvem actividades de apoio social a idosos. Para atingir este objectivo procedeu-se a uma rigorosa tipificação das infracções que se viriam a constituir em contra-ordenações, puníveis com coimas mais elevadas relativamente ao decreto anterior. Pela primeira vez, é dada relevância à celebração de contratos de alojamento e prestação de serviços com os utentes, donde constem os principais direitos e obrigações de ambas as partes (Decreto-Lei nº 30/89 de 24 de Janeiro).

Com vista a regulamentar este diploma e, por força das regras que procuravam disciplinar a actuação dos estabelecimentos com o reforço do controlo e fiscalização por parte dos centros regionais, no mesmo ano são especificadas as condições e os requisitos de instalação e funcionamento dos estabelecimentos com fins lucrativos (Despacho Normativo nº 67/89 de 26 de Julho). Neste diploma evidenciamos a crescente preocupação do Estado em reduzir a lotação dos lares de idosos, privilegiando equipamentos de menor dimensão<sup>9</sup>, o realce atribuído à problemática biopsicossocial das pessoas idosas e à regulamentação dos quartos. Esta norma vem reforçar a preocupação com as questões da individualidade e privacidade dos utentes ao prever que aqueles compartimentos não deverão ter mais que duas camas<sup>10</sup>. Para além destes aspectos, enaltece ainda a importância atribuída às competências da Direcção Técnica, bem como à organização e definição dos quadros de pessoal a afectar ao bom funcionamento de um lar de idosos.

Com o XIII Governo Constitucional reforçam-se as preocupações com a promoção do bem-estar dos utentes dos equipamentos de apoio social em lares de idosos e com o fomento de respostas de qualidade. Em Dezembro de 1996 é criado pela

---

<sup>9</sup> O nº 3 da Norma 1 prevê que “os lares não deverão ter capacidade para mais de 40 pessoas, salvo se reunirem condições físicas e de espaços excepcionais, decorrentes de construção de raiz ou reconstrução profunda, adaptadas a maior capacidade (Despacho Normativo nº 67/89 de 26 de Julho).

<sup>10</sup> De acordo com o nº 1 da norma IV, “as instalações dos lares de idosos devem compreender os seguintes compartimentos, de harmonia com os requisitos definidos nas normas seguintes: quartos individuais e duplos...” (Despacho Normativo nº 67/89 de 26 de Julho).

Direcção Geral de Acção Social (DGAS) um guião normativo para as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos lares de idosos. Trata-se de um documento que teve por finalidade definir as normas para a criação de lares de idosos e para proporcionar aos centros regionais de segurança social e às entidades públicas e privadas um instrumento de apoio técnico nesta matéria.

Para a DGAS o lar de idosos deverá constituir uma resposta social de utilização temporária ou permanente dirigida para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia e cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não permita a permanência em respostas alternativas. Neste documento são ainda salientados outros aspectos importantes para a promoção da qualidade de vida dos utentes, como o funcionamento, as actividades/espços e recursos humanos necessários, a capacidade e as condições de instalação. No que respeita ao funcionamento dos lares, reflectem-se já algumas preocupações com a facilitação do processo de integração social do idoso ao lar, quando prevê a possibilidade dos utentes poderem vir a utilizar alguns dos seus móveis e/ou objectos pessoais/estimação na sua vida no lar.

Consideradas desadequadas as sanções do quadro legal do regime geral das contra-ordenações e burocratizado o processo de licenciamento e controlo de funcionamento, é criado em 1997 o Decreto-Lei nº 133-A/97, diploma que vem estabelecer uma nova regulamentação dos estabelecimentos e serviços privados<sup>11</sup>, nesta área de intervenção, ficando excluídos novamente, do âmbito de aplicação legal, as instituições particulares de solidariedade social, por se entender que através dos acordos de cooperação se poderá atingir objectivos idênticos ao do licenciamento, no que respeita à exigência de condições adequadas de funcionamento. Com este decreto simplifica-se a regulamentação do processo de licenciamento e das condições da respectiva concessão, clarificam-se conceitos e actualizam-se significativamente os valores das coimas a aplicar aos infractores.

---

<sup>11</sup> De 1986 até 1995, o sector lucrativo desenvolveu-se de uma forma mais acentuada tendo, nesta década, sido criado cerca de 170 lares lucrativos, com maior expressão na região de Lisboa e Vale do Tejo. Em 1995 existiam cerca de 273 lares lucrativos ao nível do País. Em 1998 o número de lares lucrativos já era de cerca de 374, representando uma média de implantação anual de 34 lares, facto mais predominante na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde foram criados cerca de 33% desses lares lucrativos (Carta Social, 1998).

Tendo em consideração que o exercício da actividade de apoio social deve ser propiciador de um ambiente de convívio e de participação gerador de bem-estar social e de uma vivência saudável nos estabelecimentos, é aprovado um novo despacho normativo das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos (Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro). Este diploma incorpora, para além das obrigações previstas nos diplomas anteriores, a obrigação, por parte dos estabelecimentos em proporcionar a “realização de actividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas”, bem como fomentar a convivência social e interpessoal e a participação dos familiares (ou pessoa responsável pelo internamento) no apoio ao idoso tendo em vista o seu maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo (al. d) do nº 1 e a) e b) do nº 2 da Norma I do Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro). Para tal, são redefinidos os indicadores de pessoal a afectar ao funcionamento do lar, nomeadamente a obrigatoriedade de admissão de animadores sociais necessários ao desenvolvimento de actividades de animação e ocupação dos idosos, sendo, no entanto, também revistos, para níveis inferiores (comparativamente com o Despacho Normativo nº 67/89) os rácios de pessoal em função das tipologias de dependência (nº 1 da Norma XII do Decreto-Lei nº 12/98 de 25 de Fevereiro).

Com este diploma são clarificadas, especificadas e aprofundadas as demais normas referentes às condições de instalação e funcionamento destes estabelecimentos, sendo de destacar também a reconstituição da estrutura orgânica dos edifícios e a ênfase atribuída á introdução de ajudas protésicas pelas áreas funcionais do edifício, para nós, um indício propiciador do respeito pela autonomia e domínio dos espaços por parte dos utilizadores.

Relativamente à área particular dos quartos, assiste-se a uma nova alteração que prevê a introdução de instalações sanitárias em cada quarto, indicador que, consideramos, ser promotor do reforço pelo respeito da privacidade e individualidade dos utentes no sentido do seu bem-estar.

Para alcançar os objectivos de melhoria dos níveis de funcionamento e de qualidade na promoção do bem-estar dos utentes, e tendo em conta que estes objectivos

adquirem uma importância acrescida nos locais onde o atendimento das pessoas tem uma natureza continuada, visando estratos da população vulnerável, como acontece com as pessoas internadas em lar, revestiu-se de grande importância proporcionar o exercício da reclamação por parte dos utentes e, dessa forma, promover a participação das pessoas na defesa e aprofundamento dos seus direitos de cidadania. Assim, para garantir os mecanismos adequados para o efeito, foi estabelecido, por Decreto-Lei nº 268/99 de 15 de Julho, a obrigatoriedade do uso e divulgação pública de existência de um livro de reclamações nos estabelecimentos abrangidos pelo Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio (Decreto-Lei nº 268/99 de 15 de Julho).

Atendendo a que se tem vindo a assistir à apresentação de projectos de construção de estruturas residenciais para pessoas idosas, por parte de entidades lucrativas para respectivo licenciamento, bem como ao facto desses projectos constituírem grandes investimentos com o objectivo de criar respostas de qualidade, o certo é que tais estruturas residenciais, tendo vindo a dispor, face à sua dimensão, de uma capacidade superior à que se encontra regulamentada no Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro, serão abrangidas em novo quadro regulador, entretanto em processo de revisão. Assim, por Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de Maio são estabelecidas normas específicas para a apreciação do processo de licenciamento desses estabelecimentos e são definidas novas capacidades máximas para esses estabelecimentos, as quais serão, em regra, de 120 utentes, tendo em conta a adequação e organização das áreas funcionais.

Decorridos 10 anos de vigência do Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio, com suas posteriores regulamentações, concluiu-se que, pela experiência da sua aplicação, se tratam de diplomas que contêm lacunas e procedimentos complexos e burocratizados, a que há necessidade de proceder a alterações. Neste sentido, em 2007, reforçam-se, por um lado, as preocupações do Estado com a qualidade dos equipamentos sociais no que respeita à segurança e bem-estar dos cidadãos e, por outro, simplificam-se os procedimentos de licenciamento e funcionamento dos equipamentos, assumindo-se como prioridade a avaliação e reformulação das regras de implementação territoriais das respostas fundamentais para a promoção da autonomia e de cuidados com as pessoas idosas. Neste contexto, é definido, por Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março, um novo regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços dos

estabelecimentos de apoio social, entre vários, os destinados à população idosa, abrangendo, não só os estabelecimentos de finalidade lucrativa, mas também os das instituições particulares de solidariedade social (IPSS's) e das entidades privadas que desenvolvam estas actividades de apoio social.

Este novo diploma apresenta uma característica ainda mais descentralizadora, ao transferir para as câmaras municipais o processo de licenciamento de construção, às quais competirá recolher os pareceres favoráveis das entidades competentes, nomeadamente do Instituto de Segurança Social, I.P., do Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil e da autoridade de saúde (nº 1 e 2 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março).

No que respeita às IPSS's<sup>12</sup>, estas carecem ainda de parecer prévio dos serviços competentes da segurança social sobre a necessidade social do equipamento, juntando para o efeito o parecer do Conselho Local de Acção Social, da Rede Social<sup>13</sup> local, cuja fundamentação deve ser sustentada em instrumentos de planeamento da rede de equipamentos sociais (nº 1 do artigo 37º do Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março).

No momento actual podemos entretanto afirmar que as entidades onde se desenvolvem actividades de apoio social, sejam elas estabelecimentos oficiais, IPSS's ou estabelecimentos privados (principais agentes dinamizadores e promotores de equipamentos e respostas sociais), confrontam-se com o desafio da implementação de padrões de qualidade para garantir aos cidadãos o acesso a serviços que respondam às suas necessidades e expectativas. Neste contexto, tendo em vista a harmonização a nível nacional de regras de funcionamento para os serviços prestados pelos estabelecimentos e garantir o mesmo nível de qualidade dos serviços prestados, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos, o Instituto de Segurança Social, I.P., concebeu vários modelos de avaliação da qualidade das respostas sociais, entre os quais se destaca

---

<sup>12</sup> Pelos dados fornecidos pela Carta Social de 1998, consideramos pertinente informar que até 1974 existiam em todo país, cerca de 154 lares e 7 residências não lucrativas, representando cerca de 19% dos lares e residências existentes em 1998 (805). A década de 1986-1985 foi considerada a época que expressou uma maior criação de lares, representando cerca de 32 lares/ano e, no triénio de 1996-1998 cerca de 45 lares/ano (Carta Social, 1998: 256)

<sup>13</sup> Designa-se por rede social o conjunto das diferentes formas de entajuda, bem como das entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da acção social e articulam entre si e com o Governo a respectiva actuação, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social (nº 1 da Resolução de Conselho de Ministros nº 197/97 de 18 de Novembro).

o das estruturas residenciais, que se constituem como referenciais normativos nos quais se encontram estabelecidos os requisitos necessários à Implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas respostas sociais. Os objectivos destes modelos é que se constituam como um instrumento de diferenciação positiva das respostas sociais para permitir incentivar a melhoria dos serviços prestados, apelando a uma maior participação dos residentes, nos serviços que lhes são destinados, a uma maior dinamização e efectivação da participação da família no âmbito das respostas sociais e, enfim, ao aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, colaboradores e todos quantos interagem com as instituições.

## **1.2. A Institucionalização: Entre o lar e o “doce lar”**

A génese dos Lares de Idosos remonta aos inícios da Idade Moderna, cuja função se destinava a recolher indiferenciadamente doentes mentais, mendigos e velhos que, por diversas razões, não podiam prover a sua subsistência.

Os asilos e os hospícios constituem as modalidades mais antigas de assistência que surgiram para tratar de problemas sociais associados à mendicidade e à instabilidade social provocada pelo aumento crescente de marginalidade social. Estas instituições, designadas por Goffman de *instituições totais*, para além de remediar certas situações sociais, resolviam problemas globais da sociedade (Barenys, 1993). Elas consistem, segundo o autor, “em lugares de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1996:11).

Ao longo do tempo estas instituições vão apresentando tendências de especialização, tentando distinguir-se dos verdadeiros hospícios, através da aquisição de novas designações como Residências de Terceira Idade, Lares de Idosos, Casas de Repouso. No entanto, as representações sociais negativas acerca destas instituições, que se desenvolveram sob concepções asilares, teimam em permanecer no imaginário colectivo, porque aparecem associadas à pobreza, ao abandono familiar e à marginalização social.



Apesar das mudanças verificadas na própria designação destas instituições, a integração dos indivíduos num ambiente que lhes é desconhecido e cuja dimensão não permite na maior parte das vezes um tratamento personalizado, acaba por contribuir para o reforço do isolamento social das pessoas idosas, provocado pelo afastamento do seu meio habitual de vida (Casanova *et. al.*, 2001).

Os asilos desapareceram da nossa sociedade com esta conotação, embora ainda hoje se encontre alguns dos seus resquícios nos lares de terceira idade, grande parte das vezes conotados com uma imagem e valor simbólico negativos por remeterem para “uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte” (Fernandes, 1997: 150).

O aspecto principal destas instituições totais consiste, na perspectiva de Goffman (1996), no seu carácter de fechamento ou de barreira às relações sociais com o mundo externo, em que todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade, em que cada fase da vida dos residentes é realizada na companhia de um grupo colectivo de pessoas com tratamento igualitário e a fazer as mesmas coisas em conjunto e, ainda, em que todas as actividades da vida diária são rigorosamente estabelecidas em horários e regras formais (Goffman, 1996).

Barenys (1993) alicerçou-se na obra de Goffman para medir o grau de totalitarismo existente nas instituições de idosos actuais. A autora concorda com a perspectiva goffmaniana ao subscrever que o grau de internamento (medido pela frequência e intensidade de intercâmbios com o mundo externo) e a regulamentação são dois pólos fundamentais de articulação do modelo. Tentando aplicar estas duas dimensões às instituições de idosos, e no que se refere em particular ao grau de internamento, a autora defende que toda a organização que tende a absorver as pessoas que a ela pertencem, delimitando as fronteiras com o exterior, adquire o carácter de total. As instituições assumirão esta característica, “quanto mais deteriorados, física ou psicologicamente, se encontrarem os seus residentes” (Barenys, 1993: 160).

De facto, cabe-nos argumentar que esta separação com o mundo externo pode depender de várias razões: a precariedade do estado saúde dos residentes, a variabilidade da intensidade das relações sociais (enquanto há idosos que não mantêm qualquer tipo de contacto social e que se isolam na instituição, outros há que mantêm transacções

intensas internas e externas à instituição) e ainda o estilo de vida anterior à institucionalização.

Por outro lado, a ausência de relações com o exterior também se deve à diminuição dos contactos interfamiliares. Por vezes o que acontece, é uma verdadeira desvinculação por parte da família que, a partir do momento em que o seu familiar idoso é institucionalizado, simplesmente se demite de participar nas suas vivências, diminuindo as interacções e o interesse pelos seus membros.

No que respeita à dimensão da regulamentação interna à instituição, Barenys sublinha, ao citar Goffman, que a imposição de um regulamento determina um tratamento de satisfação de necessidades estandardizado junto das pessoas institucionalizadas, sendo nefasto para o desenvolvimento da autonomia pessoal, da intimidade e da personalidade (Barenys, 1993). Aspectos como este concorrem para a interiorização e representação da pessoa idosa institucionalizada como uma pessoa diminuída, sem qualquer controlo na gestão da sua vida diária. É de salientar que a perda de controlo<sup>14</sup> pode desencadear consequências negativas sobre o idoso, entre as quais sentimentos de incompetência e de inutilidade, que implicarão com a motivação para a participação em actividades, para a superação de dificuldades e para o estabelecimento de transacções na vida quotidiana.

Contrariando a perspectiva de Goffman a abordagem de Barenys (1993) defende que a ideologia histórica de submeter uma massa de população a um regime de confinamento tal como reflecte o autor, adquire actualmente novos contornos que não se podem comparar aos regimes de institucionalização de características medievais. A disciplina agora instaurada segue no sentido de facilitar uma gestão mais flexível dos indivíduos baseada numa filosofia de internamento pautada pelo trabalho produtivo (Barenys, 1993). Pensamos assim que a organização destas instituições tende a não pautar a sua actuação com base em funções de *vigilância e castigo*, mas talvez de supervisão tendo em vista o alcance das condições de bem-estar dos residentes.

---

<sup>14</sup> Um estado avançado de perda de controlo ocorre quando a pessoa idosa, por efeito de várias falhas na sua capacidade de controlar acontecimentos que têm para ela grande relevância, interioriza um sentimento de incompetência e se sente totalmente indefesa: é o estado de “indefesa aprendida” (Barenys: 1993: 170).

No entanto, consideramos que a institucionalização não pode ser encarada como uma resposta nefasta para os indivíduos que a ela recorrem. O recurso à resposta Lar de Idosos pode constituir a solução mais adequada quando não existe suporte social informal para o atendimento de necessidades específicas em situações de grande dependência. “Se, para determinadas pessoas, a institucionalização não constitui uma alternativa adequada, para outras, pode ser, e é de facto, uma solução para os seus problemas e dificuldades” (Daniel, s/d: s/p). Normalmente o que acontece é que a institucionalização surge, muitas vezes, como a última alternativa, quando todas as outras se tornam inviáveis. Quando não tem alternativas de acompanhamento e prestação de cuidados que correspondam às necessidades dos seus progenitores, a família vê-se confrontada com um processo de difícil decisão, pois nem sempre a manutenção do idoso no seu domicílio ou em casa da família, numa situação de dependência, constitui a melhor solução. Neste caso, torna-se imperioso ponderar sobre um conjunto de factores, nomeadamente o grau de dependência do idoso, o tipo de cuidados que necessita, a disponibilidade familiar (recursos materiais e temporais), bem como a adequabilidade dos sistemas de apoio formal de actuação domiciliária (quando existam), para equacionar se a resposta mais adequada ao atendimento das necessidades do idoso, não será mesmo o recurso a instituições especializadas. Citando Silverstone (1985), Constança Paúl (1997) constata mesmo que muitas vezes os laços familiares fortalecem-se e a qualidade das relações melhora com a institucionalização do idoso “talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afecto” (Paúl, 1997: 102).

A dependência física é, de facto, um dos factores determinantes na decisão pela institucionalização. No entanto, outros estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não constituem os principais factores indicados pelos idosos para a decisão do internamento, mas sim o isolamento, isto é, a ausência de uma rede de interacções que facilite a sua integração social e familiar e que garanta um apoio efectivo em situação de maior necessidade (Pimentel, 2005).

Outros factores que também podem contribuir para decisão de internamento por parte dos idosos são a morte do cônjuge, a ausência de suporte familiar, a doença, destacando principalmente a vontade de independência própria e o desejo de dar liberdade à família (Bazo, 1991).

Liliana Sousa (2006) aponta ainda a identificação das limitações da casa por acontecimento de um acidente ou doença, a sua localização, como outros dos movimentos que, normalmente, antecedem a institucionalização, que ocorre quando a ponderação indica o lar como a melhor opção (Liliana Sousa *et al.*, 2006).

Apesar do recurso aos lares constituir uma realidade cada vez mais frequente, o certo é que o processo de institucionalização não deixa de ser um processo crítico, simbolizado pelo abandono do espaço físico e social, conhecido e vivido, obrigando o idoso a reaprender e a integrar-se num meio que lhe é restritivo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspectos da sua vida. A entrada para uma instituição é assim um processo frequentemente sentido como “o último elo de um encadeamento de fracassos sociais” (Conselho Económico e Social, 1994: 59; citado em Pimentel, 1997: 59). Neste sentido, seria importante que os equipamentos destinados ao internamento de idosos estivessem preparados para oferecer serviços personalizados que respeitem a individualidade, a privacidade e que sejam sensíveis à variedade dos modos de vida dos seus utentes, dando-lhes a oportunidade de criar os seus hábitos, adaptar e transformar o seu espaço institucional no sentido da construção de um sentido de continuidade com o seu anterior meio residencial, para que os idosos possam sentir o lar como o seu “verdadeiro lar”.

Para os idosos, viver na própria casa é uma dimensão integral da independência, porque se traduz na salvaguarda do sentido de integridade pessoal e de identidade social. Neste espaço processa-se um conjunto de interações quotidianas que é responsável por aquilo a que vários autores têm chamado de “vinculação ao lugar” (Low&Altman, 1992; Milligan, 1998; Speller, 2005, citados em Fonseca *et al.*, 2008: 6).

A vinculação ao lugar remete para “uma ligação emocional que se estabelece entre um indivíduo e um determinado ambiente físico, atendendo ao sentido que o indivíduo atribui a esse ambiente e que se pode concretizar através de pensamentos, crenças, atitudes, comportamentos e sentimentos” (Fonseca *et al.*, 2008: 6). A vinculação à casa representa então um importante contributo na formação da identidade (Speller, 2005: 140; citado em Fonseca *et al.*, 2008: 6), na medida em que a casa é, sobretudo, um local de intimidade e privacidade individual, um lugar de identidade e

conforto envolto de personificações próprias, cuja ruptura pode determinar alterações no quadro da vida diária que prejudicam qualquer possibilidade de adaptação a outro local.

A residência habitual de vida assume assim várias funções significantes na vida de qualquer pessoa e, em particular, de um idoso. O desejo de envelhecer “em casa”, rodeadas pelo espaço que conhecem (espaço físico, social e psicológico) é um sentimento muito frequente nas pessoas idosas e, muitas vezes, tal não sucede porque muitas comunidades, principalmente rurais, não dispõem de serviços e recursos capazes de auxiliar os idosos na satisfação das necessidades básicas de gestão do dia-a-dia. Por isso, quando a institucionalização tem que ser perspectivada em última alternativa, ela nem sempre acontece no lar da aldeia, mas “nas cidades em que os filhos vivem e trabalham, acabando o lar da aldeia por ter muitos residentes oriundos de povoações limítrofes, obedecendo a uma lógica de preenchimento das vagas existentes com quem “bate à porta” e não especificamente com os habitantes da terra” (Fonseca *et al.*, 2008: 9).

A perspectiva transaccional de Werner *et al.* (1988), evidencia os aspectos temporais da casa de cada um, salientando três processos pelos quais as pessoas podem estar ligadas às suas casas. São eles, os papéis e as relações sociais, o livre arbítrio e as práticas de apropriação (citados em Paúl, 1991).

A casa, inserida num determinado meio envolvente, influencia as relações interpessoais, a organização, o uso do espaço e auxilia diferentes tipos de comunicações e significados para os residentes. As regras sociais remetem para os comportamentos apropriados e esperados num dado ambiente, ao qual são atribuídos significados e comportamentos às pessoas num tempo determinado. Por outro lado, as pessoas estão ligadas às suas casas por laços afectivos, às quais são conferidos valores simbólicos, por associação a memórias do passado. Enfim, as casas reflectem valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais, para além de adquirirem um significado psicológico único para as pessoas em particular.

O processo de apropriação, ligação e identidade das pessoas com as suas casas diz respeito à possibilidade de controlo e familiaridade, formando uma unidade de interacção pessoa-ambiente (Werner *et al.*, 1988; citados em Paúl, 1991: 92-93).

Mas, como já evidenciámos, a casa, pode a certa altura, tornar-se uma fonte de vulnerabilidade para os idosos, pelo que, a possibilidade de realojamento deve ser equacionada. Segundo Liliana Sousa (2006), para continuar em casa, o idoso deve cumprir cinco critérios importantes: estabilidade clínica, apoio de um cuidador competente, ambiente físico adequado ou adaptado às suas necessidades e às dos cuidadores, acesso aos diversos serviços profissionais e adequado suporte financeiro (Liliana Sousa *et al.*, 2006: 109).

Neste contexto, é importante realçar que a institucionalização, enquanto processo de adaptação a um novo ambiente, implica simultaneamente um processo de apropriação, ligação e identidade bastante longo, e muitas vezes doloroso, até que possa, efectivamente, ser considerado o “lar” do idoso (Paúl, 1991: 95).

As produções científicas indicam-nos que existem características subjectivas e interpessoais acerca do ambiente institucional que podem ser determinantes para a sensação de estar “em casa”. Tal sensação depende de três factores: as circunstâncias da institucionalização (temporalidade da antecipação para a mudança), as definições subjectivas dos residentes acerca do lar e a continuidade conseguida após a mudança (Reed *et al.*, 2003: 227).

Outros estudos científicos revelam-nos também que uma adaptação bem sucedida a um novo contexto ambiental depende da satisfação pessoal do idoso e da gestão satisfatória das exigências ambientais. Como exemplo, Hersch *et al.*, (2003), num estudo comparativo junto de cinco idosos que experienciaram abruptamente processos de transição para novos contextos ambientais (entre vários, o lar), identificaram três indicadores essenciais no processo adaptativo, nomeadamente a decisão para a mudança, o estabelecimento do sentido de pertença e a auto-afirmação. Os autores apontam para a importância do envolvimento do idoso no processo de decisão sobre a sua transição para novos contextos residenciais, evidenciando que um tal envolvimento favorece o reconhecimento de que a mudança é necessária e poderá proporcionar benefícios. Neste contexto, é fundamental que as pessoas idosas consigam ter oportunidade/poder de escolha entre várias opções, e que a decisão pela institucionalização não se apresente como facto consumado. Retirar ao idoso o poder de adoptar posições sobre a sua vida significa, neste caso, retirar-lhe a capacidade de

participar e controlar a sua vida social. Neste caso, é admissível que o processo de institucionalização se transforme num processo doloroso de enfrentamento, cujos resultados vão no sentido da deterioração do estado de saúde, de sentimento de inutilidade, depressão, perda de interesse em actividades e isolamento.

Quando o idoso não é chamado a intervir no seu processo de mudança, estamos perante o que Reed *et al.*, (2003) designam de participação passiva, a qual decorre de decisões tomadas por outros e a que o idoso aceita sem questionar. Esta é uma situação muito frequente em idosos com grande debilidade de saúde ou em idosos resignados (Liliana Sousa *et al.*, 2006: 111).

Ainda no que respeita à participação do idoso na opção pela institucionalização, os trabalhos de Reed *et al.*, (2003) sugerem ainda mais três tipos importantes de decisão: a preferencial, a estratégica e a relutante.

A opção preferencial caracteriza-se por o próprio idoso exercer o direito de decisão, a qual ocorre perante mudanças nas circunstâncias de vida e que levam o idoso, por sua própria iniciativa, a ponderar a institucionalização como a melhor alternativa (Liliana Sousa *et al.*, 2006: 110). Num estudo realizado por Bazo (1991), junto de pessoas idosas institucionalizadas de Viscaya, a autora concluiu que a maior parte das pessoas entrevistadas entraram na instituição por sua própria vontade, o que constitui um factor importante para o processo adaptativo.

A opção estratégica tem subjacente a existência de um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de adoptar esta resposta como solução para os problemas. Trata-se de uma opção que pressupõe determinados comportamentos e atitudes, tais como proceder antecipadamente a uma inscrição num lar, tornar-se sócio de uma instituição, visitar vários lares para tentar descobrir aquele que mais gostaria de frequentar (Sousa *et al.*, 2006: 110).

A opção relutante descreve situações em que o idoso resistiu ou discordou activamente do seu processo de integração em lar, sendo por isso, forçado, por outros a adoptar uma opção que não é a sua. Trata-se de uma decisão imposta por familiares que não têm condições para a prestação de cuidados, seja por motivos de doença ou dependência, ou por problemas emocionais ou económicos, ou até mesmo, pela

ausência do desejo de assumir essa função devido a conflitos familiares ou pelas relações distantes estabelecidas com o idoso. A decisão, normalmente, é influenciada por profissionais que, tendo em consideração as circunstâncias vivenciadas pelos idosos, aconselham a integração do idoso em lar (Sousa *et al.*, 2006) como a melhor alternativa para a situação em que se encontram.

Assim, as circunstâncias da institucionalização, os conceitos subjectivos de “lar de idosos”, assim como a continuidade alcançada após a institucionalização remetem-nos para a questão relacionada com a adaptação/integração, a qual apenas estará cumprida quando o idoso conseguir interiorizar o lar de idosos como o seu verdadeiro lar.

Quanto aos conceitos subjectivos de lar de idosos, estes estão muito directamente associados à representação que os idosos têm sobre “o que torna um lar um bom lar”. As respostas indicam que, do ponto de vista dos idosos utentes, um bom lar é aquele que tem actividades programadas de animação e de enriquecimento pessoal, possibilita saídas ao exterior, disponha de zona ao ar livre (jardim, horta), fornece boa alimentação, tem pessoal competente e simpático, permita ter um quarto individual, ofereça segurança e companhia, disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física, reabilitação) e que não seja de grandes dimensões. Quando os lares correspondem a estas características a adaptação e a integração estão facilitadas (Sousa *et al.*, 2006; Bazo, 1991), assim como estará assegurada uma maior satisfação de vida nos idosos.

A literatura sobre o significado do lar indica ainda que o estabelecimento do sentido de familiaridade e de pertença envolve três tipos de desafios para os idosos: obtenção de cuidados físicos necessários, o envolvimento em actividades e a manutenção/desenvolvimento de relações sociais. A auto-afirmação, como os valores, as crenças e a identidade pessoal, constituem outros indicadores importantes para o sentido de continuidade (Hersch *et al.*, 2003).

Hersch *et al.* (2003) defendem que os factores fundamentais que influenciam o processo adaptativo a novos contextos ambientais são a forma como a decisão foi tomada, as características das configurações ambientais e as possibilidades que



oferecem para a satisfação da necessidade de cuidados, para o envolvimento em actividades e para o favorecimento de relações sociais satisfatórias.

As qualidades pessoais dos indivíduos, nomeadamente a resistência ou o auto-conceito, a história da adaptação efectiva, tendo em conta as perdas, as dificuldades e o grau de abertura a novas experiências com expectativas positivas, constituem outros factores que podem desencadear um processo adaptativo bem sucedido.

Outro factor importante é a continuidade alcançada após a mudança para o lar. Guedes (2008) valeu-se da perspectiva goffmaniana para investigar a “*carreira moral*” do idoso internado em lar, ou seja, “a sequência regular que a carreira provoca no eu da pessoa” (Goffman, 1996: 112) e para saber até que ponto é que a trajectória percorrida o conduz à perda da sua integridade psicológica e à “mortificação do seu eu”. A autora concluiu que a perda de privacidade, a excessiva regulamentação, a imposição de actividades triviais, o progressivo afastamento de papéis e funções que asseguram o sentimento de utilidade social são aspectos negativos que concorrem para uma progressiva ameaça à identidade pessoal dos indivíduos, sobretudo à medida que escasseiam as oportunidades de auto-afirmação e, por conseguinte, à sua morte social (Guedes, 2008). Assim, para garantir a sequência das etapas, as instituições devem garantir o respeito pelos direitos humanos fundamentais promovendo a autonomia, a privacidade, o direito de escolha e a independência no sentido da promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos residentes em instituições.

Para que os idosos se sintam pessoalmente realizados e felizes em ambiente institucional, é importante que lhes seja proporcionado poder para fazer escolhas, manter a sua individualidade e a ser responsável por si mesmos. Uma das medidas a implementar será assim a flexibilização do meio institucional e permitir aos idosos residentes um maior controlo sobre a sua vida e actividades. Dar importância, valor e poder aos residentes aumenta o seu bem-estar, a sua auto-confiança e a sua auto-estima. Neste contexto, a melhor forma de dar poder aos residentes consiste em envolvê-los na prestação de cuidados, através da sua participação na definição das suas necessidades individuais e a ser parceiros da equipa de cuidados.

## 2- A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE RESIDENCIAL NA VELHICE

O ambiente residencial ocupa um lugar extremamente importante na vida das pessoas idosas, uma vez que pode interferir de forma positiva ou negativa no seu bem-estar psicológico dependendo das características e capacidades de adaptação dos indivíduos que, na velhice, a tendência são para diminuir. É por estas razões, a par do aumento crescente de lares de idosos, que o espaço residencial institucional adquire cada vez maior relevância nos estudos empíricos.

A velhice é um processo irreversível, heterogéneo e próprio de cada pessoa idosa. Segundo Lima e Viegas (1988), a velhice é vivida de forma variável consoante o contexto em que se inscreve pelo que qualquer dos défices operados ao nível da esfera física, psicológica e social, podem ser atenuados ou melhorados pelo contexto onde o idoso se insere (Sequeira e Silva, 2002). Assim, a institucionalização e o conseqüente desenraizamento social que dela resulta, podem desencadear mais facilmente um processo de deterioração física e mental dos idosos, devido à ruptura estabelecida com o anterior contexto social da vida quotidiana interferindo com o bem-estar psicossocial e exigindo uma árdua tarefa de adaptação a um novo contexto social. Assim, é importante encontrar e proporcionar às pessoas idosas um ambiente que respeite as suas exigências e competências pessoais, pois caso contrário, surgem sentimentos de desconforto e desadaptação que porão em causa o nível de bem-estar e satisfação de viver das pessoas idosas institucionalizadas.

Também não é novidade que a institucionalização é um processo complexo que pode trazer consigo prejuízos graves aos idosos, tais como perda de autonomia, de identidade e de segregação geracional. É por isso que esta realidade arrasta a necessidade de se reflectir sobre novos papéis a serem desenvolvidos pelas instituições de velhice no sentido de promover a qualidade de vida dos seus residentes, porque a oferta de um ambiente físico e social favorável e propício pode facilitar o processo adaptativo das pessoas idosas ao contexto institucional. Segundo Paúl (1991), a análise dos contextos institucionais tem que ser equacionada numa perspectiva ecológica, isto é, considerando o indivíduo no seu contexto actual e passado, no quadro de uma relação dialéctica entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas vividas em cenários ambientais concretos e temporais.

O interesse pela interação ambiente-indivíduo na velhice tem a sua origem na década de 60 como consequência de algumas pesquisas que punham em relevo os efeitos negativos da institucionalização das pessoas idosas, nomeadamente ao evidenciarem a ocorrência de perdas de saúde e de um aumento da mortalidade na população idosa após a entrada numa instituição.

Posteriormente, na década de 70, os estudos começam a centrar-se em vários factores ambientais que poderiam afectar o comportamento das pessoas idosas, ao considerar-se que alguns comportamentos qualificados de inapropriados poderiam ser explicados mais por características do ambiente do que da própria idade (Izal e Ballesteros, 1990).

As conceptualizações tradicionais sobre a velhice não estavam relacionadas com o impacto do ambiente sobre o desenvolvimento do comportamento humano. Elas tinham por base apenas algumas aproximações teóricas, nomeadamente às teorias do desligamento e da actividade, que se constituíram como a primeira abordagem teórica neste domínio.

A teoria do desligamento (Cumming & Henry, 1960) afirmava que envelhecimento normal caracterizava-se por ser um processo de separação em que indivíduo e ambiente desenvolviam uma rejeição mútua e que o meio ideal para o idoso seria aquele que favorecia essa separação. Alternativamente, a teoria da actividade (Havighurst, 1963) defendia que existia uma relação positiva entre a actividade e a manutenção do funcionamento geral e o nível de satisfação na velhice.

Tanto uma teoria como a outra remetem-nos para uma explicação do processo de envelhecimento que considera os elementos ambientais conjuntamente com as características pessoais identificadas na velhice. Ambas as teorias podem considerar-se como antecedentes aos modelos posteriormente elaborados sobre a velhice e que a seguir os abordaremos.

## 2.1. Modelos teóricos sobre a relação pessoa-ambiente na velhice

Comparativamente às concepções teóricas anteriormente mencionadas, outros modelos surgem posteriormente com o objectivo de identificar as componentes pessoais e as componentes ambientais intervenientes na relação entre indivíduo e ambiente. Para melhor compreender o processo adaptativo do idoso a um novo contexto ambiental (lar de idosos) revela-se importante evidenciar, neste trabalho, os modelos ecológico de competência (Lawton y Nahemow, 1973; Lawton, 1975, 1977), o modelo de congruência (Kahana, 1975), os modelos integradores de Carp (1987), o modelo de efeitos directos e indirectos do ambiente e o modelo de congruência/complementaridade e o modelo ecológico comportamental.

### 2.1.1. Modelo Ecológico de Competência

O modelo ecológico de competência foi desenvolvido por Lawton (1975, 1977) para explicar o comportamento humano como o resultado da interacção pessoa-ambiente, modelo que se procurou definir como “um modelo de adaptação capaz de prever resultados adaptativos (comportamentos e afectos) associados à interacção entre uma pessoa, caracterizada em termos de uma determinada competência e um ambiente caracterizado em termos de um determinado nível de pressão” (Lawton, 1999: 92; citado em Fonseca, 2006: 88).

Enquanto a competência é conceptualizada como o limite teórico máximo da capacidade do indivíduo para funcionar nas áreas da saúde biológica, sensação-percepção, o comportamento motor e a cognição, o ambiente é definido em termos da pressão existente entre o ambiente real e o ambiente percebido.

A pressão ambiental é conceptualizada por Lawton como o grau de exigência do ambiente sobre o indivíduo, isto é, a qualidade positiva ou negativa da transacção pessoa-ambiente depende do seu grau de competência.

As exigências excessivas do meio, em relação às competências, provocam resultados negativos e stress enquanto as exigências inadequadas levam à perda de competência (Paúl, 1991). Por isso, o ambiente mais favorável seria aquele cujo nível

de exigência se situa no limite máximo do nível de competência (Izal y Ballesteros, 1990). Dito por outras palavras, à medida que as pessoas envelhecem e têm as suas competências reduzidas, os ambientes tendem a exercer uma pressão acrescida sobre o seu comportamento.

Este modelo tem subjacente o conceito da adaptação que parte do pressuposto de que os idosos mais debilitados apresentam tendências de adaptação a uma menor variedade de ambientes, enquanto aqueles que se apresentam saudáveis e competentes apresentam uma capacidade de adaptação a uma maior variedade de ambientes, sejam eles favoráveis ou desfavoráveis.

A partir destes pressupostos, Lawton (1999) utiliza a “*hipótese da docilidade ambiental*”, segundo a qual a influência do ambiente no comportamento dos indivíduos está directamente relacionada com a sua competência, o que significa que a um elevado nível de competência está associado uma relativa autonomia do indivíduo relativamente às pressões ambientais sobre o comportamento, enquanto um reduzido grau de competência implica uma maior vulnerabilidade a tais pressões.

As evidências científicas indicam-nos que, face à inadequabilidade do ambiente, a integridade das pessoas, e dos mais idosos em particular, é ameaçada, podendo estes regredir e ver o seu estado de saúde deteriorar-se rapidamente (Ballesteros *et al.*, 1992; citados em Daniel, s/d). Na sequência de várias críticas que esta teoria da competência-pressão sofreu, Lawton procedeu à revisão do modelo e, em 1985, formula a “*hipótese da proactividade ambiental*”, a qual sugere que quanto mais elevada é a competência do indivíduo, mais capacidades este terá de utilizar os recursos ambientais para a satisfação das suas necessidades.

Transpondo estas teorias para contextos institucionais, a docilidade ambiental diz respeito aos benefícios que os idosos, com diversos níveis de dependência, poderão usufruir nos seus resultados adaptativos quando o ambiente institucional actua como auxílio protésico. Segundo Fernanda Daniel (s/d), as amenidades protésicas que facilitam a acessibilidade aos residentes que sofrem de limitações, podem favorecer ou encorajar a utilização total do ambiente e simultaneamente diminuir o grau de dependência de terceiros no desenvolvimento da vida quotidiana. Assim, a adequabilidade dos espaços físicos institucionais favorece a interacção e incentiva os

idosos a manter as suas capacidades funcionais, promovendo a autonomia e acrescentando maior qualidade de vida aos residentes.

Este modelo da pressão-competência de Lawton pode ser muito útil para a compreensão das potencialidades adaptativas que o ambiente físico poderá proporcionar em termos de um envelhecimento bem sucedido em contexto institucional. Neste sentido, podemos defender que, à luz das aplicações legislativas, as instituições, como ambientes específicos para idosos, devem actuar como facilitadores do processo de um envelhecimento bem sucedido através da oferta de suportes de tipo médico, tecnológico, comunitários e de política social adequados às necessidades dos residentes. As instituições para idosos devem assim procurar reduzir a pressão ambiental, facilitando os processos de selecção e de orientação para objectivos e resultados adaptativos desejáveis, bem como os processos de optimização pelo aperfeiçoamento dos meios e recursos úteis para o alcance desses resultados e pela oferta de oportunidades que auxiliem a adaptação.

Parece assim, que o recurso a mecanismos de “*selecção-optimização-compensação*” (modelo SOC) constitui, a partir do trabalho de Baltes (1987) e Baltes e Baltes (1990), um modelo de adaptação que conceptualiza processos que promovem ganhos (optimização) mas também processos que contrabalançam perdas que ocorrem particularmente na velhice e na velhice muito avançada (Fonseca, 2006). No entanto, o que se observa na prática é que ainda há instituições que não oferecem as condições ambientais adequadas para que se possam maximizar os ganhos e minimizar as perdas, como preconiza este modelo da optimização selectiva com compensação (Tomasini e Alves, 2007). Se para muitos dos idosos, a mudança para um lar pode representar mais ganhos de qualidade de vida do que perdas, para a maioria dos idosos, as perdas podem de facto predominar, dando lugar ao aumento da dependência e redução do seu bem-estar.

Segundo Tomasini e Alves (2007), a institucionalização representa em si um processo de selecção que implica, normalmente, uma redução dos ambientes físico-sociais. Este processo de mudança deveria ser assim compensado por condições que permitissem a máxima compatibilidade entre as competências remanescentes do idoso e os ambientes que lhe são oferecidos, possibilitando a optimização da utilização dos seus

recursos para o atendimento dos seus objectivos pessoais. Neste contexto, é importante destacar aquilo que os autores, aproveitando o raciocínio lawtoniano (citado por Wahl e Weisman, 2003), apontaram como as três funções básicas de ambientes institucionais para idosos: manutenção, estimulação e suporte. A função de manutenção como dizendo respeito ao papel da persistência e previsibilidade que o ambiente deve cumprir (nomeadamente, conferir identidade aos ambientes e preservando os significados cognitivos e afectivos do lar). A função de estimulação como explicação para o arranjo de estímulos que possam levar a novos comportamentos de lazer e relações sociais. E a função de suporte como compensação da redução/perda de competências, através da eliminação de barreiras físicas e promoção das acessibilidades (citados em Tomasini e Alves, 2007).

### **2.1.2. Modelo de Congruência**

O modelo de congruência é também um dos modelos com grande impacto na literatura científica. Foi desenvolvido por Kahana e seus colaboradores (Kahana, 1975; Kahana, Liang e Felton, 1980) que se propuseram a criar um modelo baseado na congruência entre as características ambientais e as necessidades individuais, como forma de compreender o impacto do ambiente sobre o bem-estar e o ajustamento dos idosos (Izal e Ballesteros, 1990).

O modelo de congruência da interacção pessoa-ambiente recebe de Lewin (1935) o conceito de comportamento como uma função da relação entre o indivíduo e o seu ambiente e de Murray (1938) os conceitos de necessidades e pressão ambiental. Segundo este modelo, o comportamento varia de acordo com o resultado da interacção entre as necessidades pessoais e a capacidade do ambiente para promover a satisfação de tais necessidades. O ambiente óptimo será então aquele que é congruente com as necessidades do indivíduo (Izal e Ballesteros, 1990).

Segundo Izal e Ballesteros (1990), a congruência é qualificada como um processo intermédio cujo resultado seria a percepção de bem-estar por parte do indivíduo, enquanto o comportamento deste é um mecanismo maximizador da

congruência, seja pela modificação do ambiente, seja pela alteração da própria hierarquia de necessidades.

Para mostrar o papel das variáveis ambientais, Kahana seleccionou a sua população de estudo baseando-se na vulnerabilidade ambiental segundo a hipótese da docilidade ambiental de Lawton. Os inconvenientes da velhice, como a diminuição dos rendimentos económicos, a deterioração da saúde e a perda de papéis sociais, reduzem as possibilidades das pessoas idosas para manter ou encontrar um ambiente consonante com as suas preferências, o que se torna evidente pela necessidade que muitos idosos têm em ingressar em instituições. Por este motivo, o autor considerou importante seleccionar para o estudo idosos residentes em instituição. Deste estudo, Kahana *et al.*, (1989) concluíram que o modelo de congruência é bastante útil para entender o processo de adaptação ao contexto institucional, na medida em que os resultados indicaram que o grau de controlo exercido pela instituição gera incongruência quando este controlo é superior às preferências dos idosos, provocando consequências negativas sobre o seu estado de ânimo (citados em Izal e Ballesteros, 1990). Daí os autores proporem a noção de desânimo aprendido para prever consequências negativas ou positivas no processo de institucionalização dos idosos (Paúl, 1997).

Constança Paúl afirma que a população de idosos institucionalizados está em risco de dependência, perda de controlo e desânimo, quando as instituições são limitativas e assumem o controlo das suas próprias vidas. Relativamente às transacções pessoa-meio, os efeitos negativos resultantes da institucionalização foram atribuídos às políticas institucionais, às características ambientais e aos comportamentos dos funcionários que, contribuindo para uma redução inapropriada do controlo e das escolhas dos residentes, reforçam a sua dependência (1997). Deste modo, quando surge incongruência entre as políticas institucionais e as necessidades dos residentes, estes reúnem esforços no sentido de lidar com essa incongruência, pelo que, neste caso, é provável que os idosos desenvolvam desânimo aprendido<sup>15</sup>, depressão e incapacidade excessiva (Paúl, 1997). Paúl defende assim que “uma boa adaptação entre a pessoa e o ambiente conduz a resultados positivos, enquanto uma fraca adequação entre o

---

<sup>15</sup> Segundo Constança Paúl, o conceito de desânimo aprendido tem a ver com o declínio do bem-estar dos idosos institucionalizados, e está associado com imagens de enfraquecimento, apatia e ausência de poder. (1997: 27).



comportamento do pessoal e as necessidades dos residentes, com vista à independência ou dependência, pode influenciar o desenvolvimento de uma série de resultados negativos” (Pául, 1997).

Acrescentaríamos neste contexto, a tendência natural das pessoas idosas para o desligamento afectivo e social com o cenário institucional e para uma atitude de acomodação face às oportunidades que o ambiente residencial lhe oferece, tendo em conta os constrangimentos pessoais e contextuais com que se deparam. Isto significa que a pessoa tende a acomodar-se face aos constrangimentos que percebe existirem na sua própria vida e aos quais não consegue escapar, sem que o processo de acomodação implique uma mudança na identidade pessoal (Fonseca, 2005)<sup>16</sup>. Este modelo de congruência adopta assim uma abordagem interaccionista para compreender a relação entre a dependência e o bem-estar dos idosos e insere-se numa perspectiva piagetiana da adaptação ao meio, feita através da assimilação e acomodação (Paúl, 1997).

Um dos aspectos que poderá contribuir para a compreensão do insucesso do processo adaptativo à institucionalização pode estar relacionado com a perda de território. Fernanda Daniel refere que “a perda do território é um dos factores que incide negativamente no processo de institucionalização” (s/d: sp). Neste caso, uma questão importante a considerar seria que esses territórios pudessem reflectir, ao nível da tipologia, as necessidades dos residentes e que as práticas organizativas potencializassem o controlo do espaço por quem o habita, dando oportunidade deliberativa ao residente sobre a utilização do seu próprio quarto. Alternativas deste tipo poderão contribuir para a facilitação da adaptação dos residentes ao ambiente institucional e ao incremento de expectativas positivas e de sentimentos de auto-estima e eficácia (Daniel, 2006). Convocando Kinney *et al.*, (1985: 194), a autora acrescenta ainda que o facto de se oferecer ao residente a possibilidade do mesmo poder mobilar o seu território primário<sup>17</sup> potencia “sentimentos de controlo, reflectidos em experiências de competência e domínio, reforçando a identidade pessoal, ao mesmo tempo que

---

<sup>16</sup> Brandtsadter e Greve (1994) baseiam a importância atribuída à acomodação como um mecanismo de *coping* face ao envelhecimento, sendo este mecanismo que vai permitir ao indivíduo manter um sentido de continuidade e de congruência, apesar das experiências de perda e de rotura com um modelo prévio de vida do qual se vê cada vez mais afastado (citados em Fonseca, 2005).

<sup>17</sup> Segundo Altman (1975), os territórios primários são os que têm um acesso exclusivo ao próprio indivíduo (citado em Paúl, 1991), ou seja, aqueles que, para Paúl (1991), permitem as actividades de auto-manutenção e íntimas.

comunica os próprios valores e estilo de vida, viabilizando o estabelecimento de redes sociais” (Daniel, s/d: s/p).

### 2.1.3. Modelos Integradores

De acordo com Carp (1987), há dois modelos conceptuais que tentam explicar a relação dos idosos com o ambiente: o Modelo de Efeitos Directos e Indirectos do Ambiente e o Modelo de Congruência/Complementaridade (Paúl, 1991). Segundo Izal e Ballesteros (1990), trata-se de dois modelos que surgiram a partir da intenção de unificar as diferentes perspectivas teóricas elaboradas para dar conta da relação pessoa-ambiente na velhice.

No **Modelo de Efeitos Directos e Indirectos do Ambiente** considera-se que o meio ambiente objectivo, onde residem os idosos, tem efeitos directos e indirectos no seu funcionamento, através da percepção que os mesmos desenvolvem acerca do grau de satisfação com o meio.

As variáveis ambientais constituem aspectos relevantes para as características dos seus utilizadores. Assim, as variáveis pessoais são traços relevantes para o ambiente específico, tais como competência, necessidades, traços de personalidade, estilo de vida passada e idade.

Os resultados da interacção pessoa-ambiente podem ser afectados por características pessoais dos próprios indivíduos (estilos de enfrentamento, atitudes face à própria saúde) por factores externos (apoio social, estado de recursos/privações) e por acontecimentos de vida recentes. Dentro dos resultados da transacção comportamento-ambiente, este modelo distingue os resultados intermédios, como a percepção do ambiente e o nível de satisfação com o mesmo, assim como também as diferenças individuais no comportamento, dos resultados finais, tais como a independência, o bem-estar e a sobrevivência (Izal e Ballesteros, 1990; Paúl, 1991).

No **Modelo de Congruência/Complementaridade** proposto, por Carp e Carp (1984), os autores pretendem englobar vários contributos anteriores, principalmente da área da Psicologia Ambiental, nomeadamente a teoria de campo de Lewin (1951) e a

teoria da pressão-necessidade de Murray (1938), que constituem as bases dos modelos que pretendem explicar as transacções pessoas idosas/meio ambiente, e ainda o citado modelo de Lawton e o de Kahana *et al.*, (1980).

Este modelo apresenta duas partes que correspondem ao nível de necessidade e ao tipo de relação entre as variáveis pessoais e ambientais. A primeira parte, que respeita às necessidades relativas à manutenção da própria existência, as características da pessoa e do ambiente são aquelas que impedem ou facilitam a satisfação da necessidade de sobrevivência através do desempenho das actividades da vida diária necessárias ao desenvolvimento de uma vida independente (competência pessoal e os recursos/barreiras para realizar estas actividades). Aqui a congruência seria o grau de complementaridade entre a competência e os recursos/barreiras ambientais (Izal e Ballesteros, 1990). As características da pessoa e do ambiente assumem valências positivas ou negativas, de forma a que uma maior competência, assim como um ambiente que promova uma pressão positiva (muitos recursos e poucas barreiras relativas às actividades de vida diária) favorece a adaptação, enquanto baixa competência e/ou um meio negativo, dificultam a adaptação (Paúl, 1991). A segunda parte refere-se às necessidades de ordem superior e, de novo, as características do ambiente que facilitam/permitem/inibem a sua satisfação. Neste caso, o conceito de congruência é a similaridade entre o grau das necessidades e a capacidade de resposta por parte dos recursos do ambiente que poderão satisfazer essas necessidades.

Segundo Paúl (1991), as variáveis da pessoa e do ambiente não têm, no que respeita à adaptação, uma valência positiva ou negativa, ou seja, não é bom nem é mau que o indivíduo tenha muita ou pouca necessidade de privacidade, ou que o meio favoreça muitas ou poucas possibilidades de privacidade, mas que haja uma similaridade entre as necessidades de privacidade do indivíduo e as possibilidades do meio.

#### **2.1.4. Modelo Ecológico Comportamental**

Apesar da relevância destes modelos teóricos sobre o envelhecimento para a compreensão e conceptualização das relações interactivas entre o ambiente e o comportamento humano, Ballesteros (1990) apresenta algumas objecções aos modelos,

nomeadamente pela falta de atenção à dimensão diacrónica do ambiente como um factor interveniente na explicação do comportamento na velhice e que deve modular as interacções actuais ambiente-indivíduo (Ballesteros, 1985; 1989; citada em Izal e Ballesteros, 1990). Assim, as autoras remetem para a importância do ambiente passado e vivido pelo indivíduo enquanto variável das relações actuais entre o ambiente e o comportamento. Ou seja, o ambiente físico, cultural e social vivido pelo indivíduo ao longo da sua vida determina, em alguma medida, as suas actuais relações (preferências, adaptação, percepção, etc.) com o ambiente. Neste sentido, Fernández-Ballesteros (1998) propôs o **Modelo Ecológico Comportamental**, com o objectivo de introduzir outras variáveis pessoais e contextuais, de forma a contribuir para o estudo pessoa-ambiente. A principal variável que acrescenta é o tempo nas suas várias percepções: social, histórico e pessoal, enquanto factor que afecta e redefine o contexto e as próprias condições pessoais. Este modelo valoriza ainda a existência de uma relação directa entre as condições de saúde e os níveis de desempenho comportamental.

Para Ballesteros (2000), as condições ambientais devem ser analisadas tendo em conta a trajectória de vida e a história passada do sujeito, sendo que as primeiras podem ser afectadas num determinado momento, pelos próprios reportórios de comportamento do sujeito, apreendidos pela transacção e interacção entre a pessoa e as circunstâncias do seu passado (Duarte e Paúl, 2006-2007).

## III PARTE

---

## 1. BEM-ESTAR E SATISFAÇÃO DE VIDA NA VELHICE

A velhice constitui um período de grandes mudanças no plano biológico, psicológico e social que exigem ao idoso um esforço de adaptação a novas condições de vida. Segundo Pinheiro e Lebres (1998), trata-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológicos da pessoa idosa (citados em Sequeira e Silva, 2002).

Tradicionalmente, o envelhecimento humano era considerado como um processo que ocorria de forma homogénea, marcado por uma suposta universalidade, talvez devido ao facto do mesmo se inscrever no ciclo biológico natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte. Actualmente, tal visão é substituída pela ideia de que os padrões de envelhecimento são muito variáveis de pessoa para pessoa e que esta heterogeneidade entre os idosos é determinada não apenas pela idade, mas sobretudo pelo seu património genético, fisiológico, vivencial e psicossocial.

Esta variabilidade do envelhecimento depende da forma, desigual, como as pessoas agem perante os efeitos do processo de envelhecimento: enquanto umas apresentam uma maior capacidade adaptativa face às perdas inerentes ao processo de envelhecimento (facilmente integrando-as no funcionamento individual com a assunção de novos papéis sociais para daí retirar alguma qualidade de vida), para outras, o processo de adaptação ao envelhecimento e às perdas em nada é gratificante.

Assim, apesar de o envelhecimento ser acompanhado de um conjunto de alterações a diversos níveis, as perdas físicas, psicológicas ou sociais podem ser atenuadas ou incrementadas pelo contexto físico e relacional no qual o idoso permanece e onde mantém relações (familiares, vizinhança, etc.). É com base numa perspectiva do curso de vida e nas consequentes relações pessoa-ambiente que é possível perceber as diferentes formas de estar e sentir e os respectivos mecanismos de adaptação com o contexto actual.

Segundo Fonseca, as diferentes formas de estruturação desta interacção podem dizer-nos muito acerca da satisfação de vida dos indivíduos nesta fase da vida e da sua capacidade adaptativa; “acontecimentos como a entrada na reforma, a mudança de

residência ou a viuvez, constituem acontecimentos susceptíveis de alterar significativamente o bem-estar individual, obrigando a uma reorganização das relações pessoa-ambiente com efeitos óbvios em termos adaptativos” (2005: 133).

Baltes e colaboradores (1990) defendem que o processo de desenvolvimento da vida humana é marcado por uma alternância de ganhos e perdas e que estas últimas tendem a acentuar-se com o envelhecimento devido ao incremento de doenças e a uma redução definitiva na capacidade adaptativa (citados em Fonseca, 2005). Neste sentido, é importante que as pessoas tenham consciência desse facto para que possam proceder à elaboração de estratégias que visem atenuar ou eliminar, tanto quanto possível, essas perdas, para que dessa forma possam usufruir de um envelhecimento bem sucedido.

Para prevenir ou reduzir as perdas associadas ao envelhecimento, os indivíduos, enquanto agentes activos do seu desenvolvimento, modificam ou modelam os seus comportamentos de acordo com a visão que têm acerca de si próprios e do mundo com o objectivo de assegurarem uma identidade positiva, podendo fazê-lo através de estratégias de assimilação (os indivíduos fazem esforços assimilativos baseados numa forte percepção de controlo e eficácia, no sentido de evitar um sentimento de incongruência entre o curso desenvolvimental verificado e desejado) ou de acomodação (os indivíduos procuram ajustar os seus objectivos e prioridades às possibilidades que se abrem à acção, tendo em conta os recursos disponíveis e os constrangimentos pessoais e contextuais com se deparam) (Brandtstadter e Renner, 1990, citados em Fonseca, 2005).

Neste contexto da adaptação das pessoas idosas às várias transformações e perdas operadas pelo processo de envelhecimento foram desenvolvidas algumas posições teóricas para dar conta das condições necessárias para se alcançar um envelhecimento bem sucedido. São elas a teoria da actividade de Kuhlen (1950), a teoria do desligamento (Cumming *et al.*, 1960) e a teoria cognitiva do envelhecimento de Thomae (1990).

A teoria da actividade de Kuhlen (1959) defende que a satisfação de viver decorre necessariamente de uma auto-imagem positiva, resultante da percepção de que se é capaz de atingir os objectivos pessoais e de manter uma interacção social mutuamente

gratificante (Barreto, 1988). A satisfação e a auto-estima seriam proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das relações. Elevados níveis de ansiedade, pelo contrário, indicariam dificuldade de ajustamento do indivíduo às perdas que sempre ocorrem com o avanço da idade (Barreto, 1984; citado em Fonseca, 2005). Deste modo, para uma adaptação bem sucedida o idoso deveria desempenhar o mais tempo possível as actividades profissionais e sociais, ou na incapacidade de as exercer, procurar substituí-las por outras igualmente gratificantes. Talvez por influência deste postulado teórico, este é o modelo que actualmente está na base da elaboração das políticas de bem-estar e de qualidade das respostas sociais levadas a cabo pela maioria das instituições de idosos.

Contrariamente à teoria da actividade, a teoria do desligamento desenvolvida pelo Grupo de Chicago, formado por Cumming e colaboradores em 1960, concluiu que as pessoas idosas apresentam uma tendência natural para reduzirem os seus contactos sociais e o seu envolvimento afectivo com o meio ambiente, nomeadamente em termos da diminuição da quantidade e qualidade das trocas sociais, de uma consequente contracção do “espaço de vida” e de um aumento paralelo das preocupações consigo próprios. O processo de desligamento representaria um mecanismo adaptativo tornado necessário pela redução de energia física e mental inerente à idade. A manutenção da satisfação de vida só será possível se se alcançar um novo equilíbrio entre as solicitações do meio e os recursos disponíveis determinadas pela limitação de tarefas e do envolvimento social (Barreto, 1988).

A teoria do desligamento é contestada logo após o seu aparecimento. Maddox (1968) vem defender que o desligamento pode verificar-se em pessoas já muito idosas, cujo debilitado estado de saúde reduz a capacidade de assumir qualquer papel social, ou então, em pessoas para quem o desligamento já constituía o seu estilo de vida anterior à velhice (Fonseca, 2005). Maddox foi portanto um dos precursores da ideia de continuidade como um mecanismo adaptativo, algo que Atchley virá, posteriormente, a desenvolver e a concretizar. Para Atchley (1976, 1989, 1992), o desligamento social em termos do abandono de actividades sociais pode ser determinado pelo desejo de simplificação da existência, no sentido da obtenção de uma vida mais tranquila e relaxada com lugar para a contemplação e para a introspecção. Segundo o autor, esta



tendência para o aumento de interioridade não significa que as pessoas abandonem as suas actividades sociais nem se traduz em impactos negativos sobre a satisfação de vida. Trata-se apenas de “ganhar mais tempo” para as actividades interiores, facto associado à proximidade da morte e não à velhice. Por isso, Atchley desenvolve a teoria da continuidade, por oposição à teoria do desligamento, como um mecanismo adaptativo ao envelhecimento. Enquanto a teoria da continuidade assume que a acção das pessoas segue no sentido da adaptação, a teoria do desligamento supõe que as pessoas deixam de agir de forma a adaptarem-se (Atchley, 1992, citado em Fonseca, 2005).

Outros autores como Thomae (1990) vêm defender uma teoria cognitiva do envelhecimento. A sua pesquisa permitiu uma melhor compreensão da relação entre variáveis psicológicas (funções cognitivas, traços de personalidade, grau de satisfação de vida) e características socioambientais (meio físico, condições socioeconómicas, ocupação, convivência social). Deste estudo resultou a constatação de que “à medida que as pessoas se vão apercebendo das discordâncias entre as suas aspirações e as suas realizações actuais ou potenciais, um certo número de reacções são possíveis: identificação com as realizações dos filhos e netos, revisão das expectativas, aceitação da situação tal como ela se apresenta, adopção de novos comportamentos. No fundo, perante as transformações impostas pelas mudanças biológicas ou pela sociedade, as pessoas vêm-se confrontadas com duas possibilidades de adaptação: ou ajustam as suas representações cognitivas da realidade (mudando a perspectiva dessa mesma realidade para melhor a poder suportar) ou modificam o seu comportamento social assumindo novos papéis, daí podendo retirar níveis elevados de satisfação e desenvolver acerca de si mesmas uma imagem positiva” (Vandenplas-Holper, 1998, citado em Fonseca, 2005: 127).

Segundo a teoria cognitiva do envelhecimento a percepção subjectiva da situação, mais do que a situação objectiva, determina a resposta do indivíduo, ou seja, o grau segundo o qual a situação era percebida como não susceptível de mudanças estava correlacionado com diferentes maneiras de reagir face a ela (Thomae e Rudinger, 1990, citados em Fonseca, 2005). Para os autores desta teoria, a personalidade surge como um elemento-chave para explicar a adaptação da pessoa idosa, defendendo que a percepção do indivíduo (reflexo da personalidade) é o que determina a adopção de determinados

comportamentos adaptativos pelo indivíduo idoso face às circunstâncias da vida actuais ou acontecimentos recentes. Ou seja, o efeito perturbador dos acontecimentos depende em grande medida do significado que a pessoa lhes atribui (novamente, reflexo da personalidade), podendo tal representação cognitiva ser por ela modificada com fins “defensivos”, ou seja, mudando a sua perspectiva da realidade para melhor a poder suportar (Rudinger e Thomae, 1990, citados em Fonseca: 2005).

Concluindo, a teoria cognitiva do envelhecimento rejeita uma visão linear do envelhecimento com um sentido predeterminado, sublinhando que as características psicológicas do envelhecimento, como o papel atribuído à percepção individual, é que determinam a variabilidade das respostas comportamentais e da adaptabilidade interindividual (Fonseca, 2005).

Para atingir um envelhecimento bem sucedido, Fonseca (2005) aponta para várias possibilidades, entre elas, uma de natureza ecológica, inspirada no modelo de Lawton (1982; 1999). Esta perspectiva remete para a importância dos recursos do meio ambiente físico e humano serem, tanto quanto possível, adaptados às capacidades individuais para que assim se possam atingir níveis elevados de satisfação e bem-estar. Neste sentido, parece fundamental estudar a influência do contexto na satisfação de vida, na medida em que só a partir da análise interaccionista pessoa/ambiente podemos compreender a satisfação de idosos que vivem em diferentes contextos, sendo que cada contexto ambiental determina de forma única a experiência do envelhecimento. A este propósito Paúl (1991) afirma mesmo que o conceito de envelhecimento bem sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, considerando o indivíduo no seu contexto actual e passado, no quadro de uma visão dialéctica entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas (citada em Sequeira e Silva, 2002). Também para Lawton (1983) a satisfação de vida resulta da eficaz interacção do indivíduo com o meio em que se insere (Sequeira e Silva, 2002). Neste sentido, constituindo-se o meio ambiente como um agente relevante na promoção do bem-estar dos indivíduos, torna-se pertinente neste estudo investigar a satisfação de vida de idosos residentes em cenários institucionais, para perceber até que ponto é que a vivência em cenário institucional interfere com a satisfação e o bem-estar dos idosos

## 2. SOBRE A TRIÁDE CONCEPTUAL QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR SUBJECTIVO E SATISFAÇÃO DE VIDA

Com o aumento geral da esperança média de vida humana ressalta-se a importância de garantir às pessoas idosas não apenas longevidade, mas sobretudo felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal, pois nem sempre o aumento do tempo de vida é acompanhado por um aumento de qualidade de vida, antes pelo contrário, esta tende mesmo a deteriorar-se com o envelhecimento.

Uma das abordagens da avaliação da qualidade de vida é a abordagem do bem-estar subjectivo. Segundo Diener (2005), a qualidade de vida refere-se normalmente ao grau em que a vida de uma pessoa é desejável ou indesejável, colocando uma ênfase nos componentes externos, tais como os factores ambientais e de rendimento. Ao contrário do bem-estar subjectivo, que é baseado na experiência de vida subjectiva de cada um, a qualidade de vida é muitas vezes expressa como mais "objectiva", descrevendo as circunstâncias da vida da pessoa e não a sua reacção a essas circunstâncias. Citando Hury e Holme (1991), Simões acrescenta ainda que se às condições subjectivas, que constituem o bem-estar subjectivo, se juntarem as condições objectivas, tais como os recursos materiais ou a saúde, ter-se-ão os dois ingredientes da qualidade de vida (Simões, 2006).

O estudo do bem-estar subjectivo procura assim compreender a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas e tem utilizado várias nomeações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito, afecto positivo, sendo também considerado por diversos autores como uma avaliação subjectiva da qualidade de vida (Albuquerque e Tróccoli, 2004).

Segundo Albuquerque e Tróccoli (2004), o bem-estar subjectivo corresponde ao estudo da felicidade, palavra que reflecte os componentes afectivos do bem-estar subjectivo. Segundo Simões (2006), a felicidade consistiria na predominância das emoções positivas sobre as negativas. De acordo com Diener (2005), a felicidade é um conceito que pode ter vários significados no discurso popular podendo significar uma

avaliação global da satisfação de vida, como se vivendo uma vida boa, ou as causas que tornam as pessoas felizes. Apesar das discordâncias teóricas relativas ao conceito, há um consenso quanto às suas dimensões: satisfação com a vida e afectos positivos e negativos.

Segundo Diener (2005) o bem-estar subjectivo refere-se a todos os tipos de avaliação, positiva ou negativa, que as pessoas fazem sobre as suas vidas, incluindo avaliações cognitivas reflexivas, tais como a satisfação de vida e a satisfação profissional, interesse e envolvimento, e as reacções afectivas relativas a acontecimentos de vida, tais como a alegria e a tristeza. Assim, o bem-estar subjectivo é um termo que serve de apoio para as diferentes avaliações que as pessoas fazem em relação à sua vida, sobre os seus acontecimentos de vida e as circunstâncias em que vivem.

Segundo Emmons (1986), a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa; um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio, cujo julgamento depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido (citado em Albuquerque e Tróccoli, 2004). Na literatura científica, aponta-se que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida, isto é, quando os afectos positivos prevalecem sobre os negativos (Giacomoni, 2004).

O conceito de satisfação com a vida comporta uma forte componente subjectiva, sendo parte integrante da qualidade de vida das pessoas idosas e um indicador importante no processo de envelhecimento. Trata-se de um conceito que, para além de multidimensional (porque abrange todos os aspectos da vida como um todo), é também um constructo dinâmico, cujos julgamentos e emoções auto-avaliativos mudam com a passagem do tempo.

A satisfação com a vida é pois uma das medidas do bem-estar subjectivo que espelha a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios da sua experiência privada, constituindo-se como uma das medidas que reflecte as expressões de cada pessoa, quanto aos seus próprios critérios de satisfação com a vida como um

todo e em domínios específicos como a saúde física e mental, relações sociais, relações familiares, e outros (Neri, 2001, citada em Resende *et al.*, 2004). A satisfação com a vida reflecte o bem-estar individual, isto é o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas expressões de vida de maneira positiva (Diogo, 2003, citado em Resende *et al.*, 2004).

Para alguns investigadores, a satisfação ou o bem-estar subjectivo são conceitos que remetem para o grau de satisfação com a própria vida e esta satisfação expressa-se numa directa relação de correspondência entre as metas obtidas e as metas desejadas. Para Cantril (2002), o bem-estar subjectivo concebe-se como a satisfação com a vida, em que esta é entendida como um processo através do qual as percepções das pessoas são comparadas com as suas aspirações e em que a diferença entre ambas é o bem-estar percebido (citado em Munita, 2004)

Segundo Paúl (1992), a satisfação de vida “refere-se à avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afectivo” (citada em Fonseca, 2006: 142). Na mesma linha, Caspi e Elder (1986) encaram o constructo da satisfação de vida na velhice no contexto de uma avaliação individual das condições gerais do decurso da vida humana, reflectindo-se numa comparação entre as aspirações iniciais e aquilo que foi realmente alcançado, ou seja, num balanço entre os objectivos previstos e as metas alcançadas, sublinhando a necessidade de verificar quais as variáveis susceptíveis de explicar a adaptação e a satisfação de vida actuais (citados em Fonseca, 2004). Para os autores, os recursos pessoais constituem-se como determinantes das escolhas e das acções que conferem uma determinada forma ao curso da vida. Estes recursos pessoais têm por base as experiências passadas que fazem aumentar ou reduzir os efeitos dos acontecimentos stressantes e históricos que modificam a vida de formas imprevisíveis, bem como de condições sociais que reduzem ou proporcionam oportunidades (citados em Fonseca, 2004). Alcançar a satisfação de vida na velhice implica assim que se adopte, ao longo do curso de vida, formas de transacção ideal entre o indivíduo e o ambiente baseadas num ajustamento entre os recursos pessoais e as exigências impostas pelos acontecimentos de vida, sendo que o tipo de respostas que as

peças elegem como mecanismos de *coping* acaba por fazer a diferença entre elas, quando envelhecem, em termos de bem-estar e satisfação de vida.

Também Fry (1992), defende que devemos “privilegiar um modelo de congruência entre as necessidades pessoais e o controlo do ambiente”, e que esta congruência deve enfatizar que os estudos sobre a satisfação de vida na velhice devem examinar os recursos pessoais e sociais que podem ser manipulados para promover a satisfação de vida (cit. em Fonseca, 2006). Esta abordagem sócio-ambiental de Fry (1992) permitirá compreender o comportamento social dos idosos numa perspectiva dinâmica e interaccionista, avaliando os recursos pessoais e sociais e procurando intervir sobre eles numa perspectiva de promoção das condições que podem favorecer a satisfação de vida (citado em Fonseca, 2006). Esta visão é também acompanhada por Qualls (1992), para quem a satisfação de vida dos idosos requer um ajustamento entre a pessoa e o ambiente, invocando o “síndrome de ruptura social” para explicar a existência de uma sequência circular de várias causalidades que provocam uma “desvalorização” comprometedora da satisfação de vida na velhice, materializada nos seguintes sintomas: maior susceptibilidade individual, dependência face a rótulos, adaptação passiva ao papel de dependente, aprendizagem de hábitos inerentes a um papel de dependente, imagem de si próprio como desajustado, etc. (citado em Fonseca, 2006).

### **3- SOBRE ALGUNS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO CONSTRUCTO SATISFAÇÃO COM A VIDA**

O constructo satisfação com a vida tem vindo a merecer uma atenção considerável ao longo das últimas décadas. Várias tentativas foram empreendidas para medir a satisfação com a vida partindo de diferentes perspectivas nomeadamente da qualidade de vida, do bem-estar subjectivo, da felicidade e da moral e do envelhecimento bem-sucedido. Destas tentativas foram surgindo várias medidas/escalas para medir este constructo, pelo que indicamos algumas:

<b>Medidas</b>	<b>Fontes</b>
Escala do Balanço do Afecto	Bradburn (1969)
Medida da Intensidade do Afecto	Larsen (1983)
Escala do Encantado-Terrível	Andrews e Withey (1976)
Escala de Bem-Estar Geral	Dupey (1978)
Medida da Felicidade	Fordyce (1977)
Index do Afecto Geral	Campbell et al. (1976)
Index de Satisfação de Vida (LSI)	Neugarten et al. (1961)
Index de Satisfação de Vida – A (LSI-A)	Wood et al. (1969)
Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia	Lawton (1975); Morris e Sherwood (1985)
Escala de Satisfação com a Vida	Diener et al. (1983)
Escala de Afectividade Positiva e Negativa (PANAS)	Watson et al. (1988)

Algumas destas medidas foram adaptadas para a população portuguesa como a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton (1975) aplicada por Paúl (1992), a Escala de Satisfação com a Vida de Diener que foi aplicada por Neto *et al.*, (1990) e depois por Simões (1992) e a Escala da Afectividade Positiva e Negativa (PANAS) de Watson e colaboradores que foi adaptada por Simões (1993). Estes instrumentos são considerados por alguns autores como as escalas mais utilizadas para medir o bem-estar subjectivo em pessoas idosas.

### 3.1. Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia de Lawton

A Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia de Lawton (1975) é multifactorial compreendendo 3 factores importantes do bem-estar psicológico dos idosos: 1) a solidão-insatisfação que corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e das redes sociais (que resulta ou não, num sentimento de solidão-insatisfação); 2) as atitudes face ao próprio envelhecimento (balanço entre a vida passada e a presente) e 3) a agitação que tem a ver com manifestações comportamentais de ansiedade (Paúl, 1992).

A escala é constituída por 17 itens dicotómicos, dos quais a autora eliminou 3 após os estudos de validade e fidedignidade, prosseguindo a análise com os 14 itens mencionados na tabela 1. A escala foi validada numa amostra constituída por 130 pessoas idosas, 73 dos quais a residir na comunidade e 57 em lares.

**Tabela 1: Escala de Satisfação com a Vida do Centro Geriátrico de Filadélfia de Lawton (1975)**

Itens	Sub-Escala
Às vezes estou tão preocupada que não consigo dormir	Solidão-Insatisfação
Tenho muitos motivos para estar triste	
A vida custosa para mim a maior parte do tempo	
Sinto-me muito só	
Estou vezes suficientes com a família e os amigos	
As coisas pioram conforme envelheço	Atitudes face ao Próprio Envelhecimento
Tenho tanta energia como no ano passado	
Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis	
Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava	
Estou tão feliz agora como quando era novo	
As pequenas coisas incomodam-me mais este ano	Agitação
Tenho medo de muitas coisas	
Levo as coisas muito a sério	
Preocupo-me com facilidade	



### 3.2. Escala de Satisfação com a Vida de Diener (SWLS)

A escala de satisfação com a vida (Satisfaction With Life Scale, ou SWLS) constitui um dos instrumentos potencialmente mais úteis e psicometricamente mais válidos, entre os instrumentos do género. Foi elaborada por Diener e colaboradores (1985) a partir de uma lista de 48 itens, sendo, posteriormente, reduzida para 5, evidenciando propriedades psicométricas bastante favoráveis, nomeadamente em termos de consistência interna e fiabilidade temporal.

A SWLS foi validada, pela primeira vez, em Portugal, por Neto *et al.*, (1990), junto de 308 professores do ensino básico e secundário, com uma experiência média de ensino de 16 anos e com uma idade média de 38,8 anos. Registou-se um alfa de cronbach de 0,78 e vários índices de validade, tais como correlações significativas com a eficácia pessoal de ensino (crença que uma pessoa tem relativamente às capacidades necessárias para pôr em execução a aprendizagem dos alunos), a aceitação social (relacionada com a interação social), a auto-eficácia, o auto-conceito total e a ansiedade social (mal-estar experienciado na interação social) (Neto *et al.*, 1990).

A SWLS comporta 5 itens avaliados numa escala de tipo Likert em sete pontos desde totalmente em desacordo (1) a totalmente de acordo (7) em que a amplitude dos resultados do questionário varia entre 5 (baixa satisfação) e 35 (alta satisfação). A referida escala pode ser assim representada:

**Tabela 2: Escala de Satisfação com a Vida de Diener (SWLS)**

ITENS	ESCALA						
1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	2	3	4	5	6	7

Posteriormente, a SWLS foi novamente aplicada por Simões (1992), embora lhe tivesse introduzido novas achegas, nos seguintes aspectos: ao nível da tradução, de forma a tornar o conteúdo mais compreensível, por parte de populações com um índice cultural inferior ao da amostra de professores; em segundo lugar, reduziu-se para 5 o número de alternativas de resposta desde discordo muito (1) a concordo muito (5) (neste caso, os resultados oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, indicando tanto maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for o escore). O objectivo consistia em alargar a validação do instrumento a outras populações, designadamente, de outras idades e níveis culturais, assim como o de apresentar novos índices de validade (Simões, 1992).

Participaram, nesta investigação, estudantes do 3ºano do Curso de Psicologia e do 2º ano do Curso de Ciências da Educação e ainda do Mestrado de Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, num total de 74 alunos. A estes se acrescentou um grupo de 130 adultos, de diversas idades e categorias profissionais, com predominância de indivíduos de classe média, ou média superior.

Apesar da redução das alternativas de resposta para 5, a Escala de Satisfação com a Vida apresenta resultados coincidentes com os de Neto *et al.*, (1990) e índices de validade mais elevados, uma vez que as medidas utilizadas por Simões (1992) reflectem, de forma mais directa e global, o bem-estar subjectivo.

### **3.3. Escala de Satisfação com a Vida de Meadow, Mentzer, Rahtz e Sirgy**

Meadow e os seus colaboradores (1992) desenvolveram uma nova medida de satisfação com a vida baseada em julgamentos/avaliações. Esta medida fundamenta-se na noção teórica de que satisfação com a vida resulta de uma comparação entre as concretizações sentidas na vida e um conjunto de padrões que têm em conta as concretizações na vida de familiares, amigos, colegas, as experiências do passado, o

auto-conceito de forças e fraquezas, a média das pessoas na mesma posição e os resultados idealizados, esperados, merecidos, previstos e minimamente tolerados.

Esta medida de satisfação com a vida tem subjacente várias teorias de avaliação da satisfação com a vida, constructo que é directamente influenciado por uma variedade de padrões e que pode ter um desenvolvimento bastante frutuoso quando comparado, por exemplo, com o Index de Satisfação com a Vida de Neugarten e colaboradores (1961). Segundo Meadow *et. al.*, (1992), o Index de Satisfação com a Vida desenvolvido por aqueles autores constitui um passo no sentido do desenvolvimento de uma medida de satisfação com a vida. No entanto, defendem que lhe falta riqueza teórica, uma vez que se trata de uma medida que emprega um único tipo de objectivo padrão/desejado. Já a escala de satisfação com a vida baseada nas teorias de avaliação tem por base a inclusão de um conjunto de padrões.

A satisfação com a vida pode ser afectada por uma variedade de processos de comparação que envolvem mais do que um padrão. Assim, uma medida de satisfação desenvolvida com base numa variedade de padrões constitui uma teoria específica no julgamento das circunstâncias da vida pessoal (Meadow, 1992), teoria que pode ser encontrada nos trabalhos de Sirgy (1980, 1983, 1984<sup>a</sup>, 1984<sup>b</sup>, 1985, 1986, 1987<sup>a</sup>, 1987<sup>b</sup>) e em Sirgy e Tyagi (1986) e é chamada de “Teoria da Congruência” (citados em Meadow *et al.*, 1992). Esta teoria baseia-se na noção de que um processo de avaliação determina satisfação/insatisfação dependendo do julgamento da positividade/negatividade de um objecto, pessoa ou acontecimento. Isto é, um objecto/pessoa/acontecimento é avaliado positivamente ou negativamente em função da congruência entre as propriedades do valor do objecto/pessoa/acontecimento percebido e as crenças referentes contra as quais o objecto/pessoa/acontecimento percebido é avaliado. A comparação entre objectos/pessoas/acontecimentos percebidos e as crenças referentes produz quatro condições possíveis. Elas são:

1) Congruência positiva (isto é um objecto/pessoa/acontecimento é percebido como não discrepante de expectativas positivas);

2) Incongruência positiva (isto é, um objecto/pessoa/acometimento é percebido como altamente discrepante de expectativas negativas),

3) Congruência negativa (isto é, um objecto/pessoa/acometimento é percebido como não discrepante de expectativas negativas),

4) Incongruência negativa (isto é, um objecto/pessoa/acometimento é percebido como altamente discrepante de expectativas positivas).

Com base nesta tendência motivacional, Sirgy defendeu que o grau mais elevado de satisfação será sentido na condição de incongruência positiva, seguido da congruência positiva, da congruência negativa e, finalmente, de incongruência negativa.

Esta teoria prevê que um indivíduo, ao julgar as circunstâncias actuais da sua vida, sente um grau mais elevado de satisfação com a vida quando tem uma percepção de concretizações na vida de baixa expectativa e percebe que excedeu as suas expectativas (incongruência positiva). Um grau moderadamente elevado de satisfação seria sentido se a sua expectativa for elevada e perceber que conseguiu alcançar as suas expectativas (congruência positiva). Um grau moderadamente elevado de satisfação é previsto na condição em que as expectativas do indivíduo e a percepção das concretizações actuais são ambas baixas (congruência negativa). Finalmente, o indivíduo terá um elevado grau de insatisfação se perceber que, face a uma alta expectativa, teve uma baixa concretização (incongruência negativa).

Assim, Meadow *et. al.*, (1992) defendem que o nível de satisfação sentido em resultado da congruência é moderado pela:

- 1) Força do resultado percebido e a expectativa;
- 2) Importância da expectativa evocada na avaliação,
- 3) O tipo de expectativa.

O tipo de expectativa evocado na avaliação constitui o foco principal da medida da satisfação com a vida baseada na teoria da avaliação. A expectativa evocada em qualquer processo de avaliação pode tomar várias formas:

- Expectativas baseadas naquilo que esperamos idealmente
- Expectativas baseadas naquilo que esperamos realmente
- Expectativas baseadas naquilo que achamos que merecemos
- Expectativas baseadas nos nossos amados
- Expectativas baseadas naquilo que prevemos que vá ocorrer
- Expectativas baseadas naquilo que podemos tolerar minimamente
- Expectativas baseadas na experiência do passado
- Expectativas baseadas naquilo que nos dizem para esperarmos
- Expectativas baseadas naquilo que é moralmente aceitável

Ao avaliar as concretizações na nossa vida torna-se necessário assegurar qual a expectativa que normalmente é usada. Assim, ao desenvolver uma medida de satisfação com a vida baseada na teoria da congruência, é importante seleccionar as expectativas apropriadas, bem como fornecer provas empíricas de que as avaliações realizadas sobre as concretizações na vida também contribuem significativamente para a satisfação com a vida geral ou global.

Com base numa revisão da literatura acerca da teoria da avaliação, da teoria da congruência e da satisfação com a vida em geral, Meadow e colegas descobriram um esquema de classificação de estados referentes (padrões) usado pelas pessoas (especialmente os idosos) na avaliação das suas concretizações na vida. Segundo os autores, os padrões referentes incluídos na avaliação das concretizações na vida envolvem uma fonte e uma forma. A fonte de um padrão refere-se à principal fonte de informação sobre a qual o mesmo se baseia, sendo cinco as fontes de padrões em avaliação das concretizações na vida:

- Um padrão baseado nas concretizações na vida de familiares (ex. pais, irmãos, irmãs, tias, tios, primos)
- Um padrão baseado nas concretizações na vida de amigos e colegas
- Um padrão baseado nas experiências do passado, ou aquilo que fomos no passado
- Um padrão baseado no auto-conceito ou nas forças e fraquezas percebidas, e

- Um padrão baseado na média de pessoas numa posição similar.

Os dois primeiros padrões são justificados com base no contexto da teoria da comparação social, indicando que os idosos se comparam com os que amam na avaliação das suas vidas (Carp e Carp, 1982; Emmons e colegas, 1983; Michalos, 1980, citados em Meadow *et. al.*, 1992). O terceiro padrão (experiências do passado) é salientado no trabalho de Parducci (1968, 1982), nomeadamente na teoria do alcance da frequência (os acontecimentos negativos do passado constituem um padrão com o qual são comparados os acontecimentos da vida actual). O quarto padrão refere-se ao auto-conhecimento dos recursos, capacidades e deficiências na avaliação das concretizações da vida. Freedman (1978) defendeu que na avaliação das concretizações na vida, as pessoas têm tendência para usar padrões internos baseados no seu conceito de valores pessoais, necessidades, capacidades e recursos (cf. Czaja, 1975, citado em Meadow *et. al.*, 1992). O quinto padrão indica que as pessoas podem ser usadas como padrões de comparação na avaliação das concretizações na vida, ou seja, as pessoas tornar-se-ão satisfeitas com os seus rendimentos se considerarem que ganham mais do que a média das pessoas em situação similar na sociedade (Easterlin, 1974, citado em Meadow e colegas, 1992).

Quanto à forma de um padrão na avaliação das concretizações na vida é defendido que esta inclui também cinco categorias distintas:

- Um padrão baseado nos resultados ideais
- Um padrão baseado nos resultados esperados (“deveria ser”)
- Um padrão baseado nos resultados merecidos
- Um padrão baseado no resultado mínimo tolerável, e
- Um padrão baseado no resultado previsto

Os dois primeiros padrões são justificados à luz da pesquisa sobre o nível de aspiração na satisfação com a vida (Carp e Carp, 1982; citado em Meadow *et.al.*, 1992), a qual indica que a satisfação com a vida depende directamente das discrepâncias entre as condições de vida actual e as aspirações de uma pessoa. O terceiro padrão tem em conta a percepção/sentimento de justiça e injustiça (ex: se uma pessoa percebe ter

trabalhado muito na vida, esta pessoa pode sentir que merecia “muito mais” do que aquilo que recebeu (Carp e Carp, 1982; citado em Meadow *et. al.*, 1992). O quarto padrão refere-se à possibilidade das pessoas avaliarem limiares, sendo que se um resultado de experiências estiver abaixo desse limiar, tal resultará em sentimentos de intensa insatisfação (Miller, 1977; Sirgy, 1983; citado em Meadow *et. al.*, 1992). O quinto padrão sublinha a noção de que as pessoas tentam prever resultados usando padrões baseados nessas previsões numa tentativa de evitar a insatisfação.

Em forma de conclusão, podemos afirmar que esta medida de satisfação com a vida é baseada na noção teórica de que a satisfação com a vida é uma avaliação que envolve as concretizações na vida tendo em conta um conjunto de dois tipos de padrões: um tipo de padrão que reflectem a forma das expectativas (ideal, esperado, merecido, previsto e mínimo tolerado) e um outro tipo que reflecte a fonte das expectativas (padrões baseados nas concretizações da vida de familiares, amigos e colegas, nas experiências do passado, nas percepções do indivíduo sobre forças e fraquezas pessoais – o que somos ou não capazes de ter conseguido - e nas percepções do próprio relativamente à média das pessoas numa situação similar).

### **3.3.1. Apresentação da Escala de Satisfação com a Vida de Meadow**

Esta nova medição da satisfação com a vida baseada na teoria da congruência inclui dez itens de auto-avaliação nos quais se pede aos respondentes que indiquem respostas usando uma escala de seis pontos que varia entre “Muito Insatisfeito” – (1) a “Muito Satisfeito” – (6). O objectivo é obter uma avaliação da pessoa sobre:

**Tabela 3: Escala de Satisfação com a Vida de Meadow (1992)**

<b>Itens</b>	
<b>Item 1</b>	Concretizações pessoais tendo em conta um padrão baseado em objectivos ideais
<b>Item 2</b>	O padrão baseado em concretizações merecidas
<b>Item 3</b>	O padrão baseado em familiares
<b>Item 4</b>	O padrão baseado em amigos / conhecidos
<b>Item 5</b>	O padrão baseado numa média de pessoas na mesma posição
<b>Item 6</b>	O padrão baseado na experiência do passado
<b>Item 7</b>	O padrão baseado nos auto-conceitos sobre forças e fraquezas
<b>Item 8</b>	O padrão baseado em concretizações previstos
<b>Item 9</b>	O padrão baseado em concretizações esperados
<b>Item 10</b>	O padrão baseado nas concretizações mínimas toleráveis

A pontuação global média da satisfação com a vida é calculada através da soma das pontuações individuais da satisfação (item 1 até ao 10) dividindo pelo número de itens (10). No estudo de Meadow e colaboradores (1992) a média reflectia um grupo de respondentes moderadamente satisfeito (Estudo 1: Média de 4,762; Desvio padrão de 1,002 - Estudo 2: Média de 4,854; Desvio padrão de 0,850).



## IV PARTE

---

## 1- UNIVERSO DE PESQUISA - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE MIRANDA DO CORVO

Devido ao facto deste estudo se desenvolver nos lares de idosos da rede solidária do concelho de Miranda do Corvo, procederemos a uma breve caracterização do mesmo, tendo em vista um melhor conhecimento da sua realidade.

Miranda do Corvo é simultaneamente o nome de um dos concelhos do distrito de Coimbra e o nome da vila sede de concelho. Tem uma área de 127,28 Km<sup>2</sup>, distribuída por cinco freguesias: Lamas, Miranda, Rio de Vide, Semide e Vila Nova, comportando uma população residente de 13 755 habitantes<sup>1</sup>. O concelho confronta com os concelhos de Vila Nova de Poiares, Lousã, Penela, Condeixa-a-Nova e Coimbra. Ao nível da morfologia sobressaem os picos de Salgueiro, Espigão, Tróia e Pessegueiro. A parte principal do concelho, em área, corresponde às freguesias de Miranda e Vila Nova, situadas quase na totalidade na extensa bacia fértil que vai da vila até ao sopé da serra que corre da Lousã para o Espinhal e que, no concelho, toma os nomes de Espinho e de Miranda; a parte norte é acidentada, e a serra de Semide, que vem do Ceira até à vila, abriga as freguesias de Semide e Rio de Vide.



**Figura 1: Mapa do distrito de Coimbra**



**Figura2: Mapa do concelho de Miranda do Corvo**

<sup>1</sup> INE (Dados Estatísticos, 2008)

Pelo sul o concelho é demarcado pela serra e pelas ondulações irregulares que ligam com Penela. A parte poente é constituída pela freguesia de Lamas, formada por terras que lhe dão o nome e onde predomina o cultivo da vinha. O Concelho é contemplado pelo rio Dueça que nasce em Penela, que corre sensivelmente no sentido S-N e que tem como principal afluente a ribeira do Alhêda, que atravessa a vila. Esta é atravessada pela estrada nº. 342 que, de Lamas, segue para a Lousã; e pela nº. 17-1 que vem de Semide em direcção ao Espinhal. A vila é servida pela linha férrea do “Ramal da Lousã”.

Como resultado do desenvolvimento industrial e do rápido aumento das necessidades de bens e serviços, tem-se verificado nas duas últimas décadas, um aumento gradual nos sectores secundário e terciário e um conseqüente decréscimo no sector primário. As actividades económicas ligadas ao sector secundário são exercidas quase exclusivamente por unidades empresariais de pequena e média dimensão. De acordo com os dados do INE (2008) existem 1195 empresas, das quais 1168 têm menos de 10 trabalhadores e 27 têm entre 10 a 49 trabalhadores

No sector terciário predominam as actividades ligadas ao comércio tradicional, restaurantes, cafés e serviços prestados à comunidade.

Relativamente ao sector primário apontam-se as produções de cereais, frutas, azeite, madeiras e carnes.

Pela análise da tabela 1, podemos verificar que há uma evolução negativa da população entre os grupos mais jovens (0-14 e 15-24 anos) e contrariamente uma tendência positiva entre os grupos etários mais velhos (25-64 e dos 65 e mais anos), situação que vem apoiar a tese de um envelhecimento progressivo da população. A população do concelho de Miranda do Corvo tende para um envelhecimento demográfico da população com o índice de envelhecimento a sofrer um aumento de 100% (1991) para 125,6% (2001) e 148,8% (2008), que é superior à média do País (115,5%).

**Tabela 4: Dados Estatísticos do concelho de Miranda do Corvo**

População Residente	1991	2001	2008
Homens	5811	6378	6739
Mulheres	5941	6673	7016
0-14	2081	1990	1913
15-24	1804	1680	1515
25-64	5787	6880	7480
65 e mais anos	2080	2499	2847
Índice Envelhecimento	100	125,60	148,80

Face ao índice de envelhecimento verificado, os equipamentos sociais da rede solidária existentes no concelho, nomeadamente no que respeita à resposta social Lar de Idosos, encontram-se com a sua capacidade esgotada, apresentando elevadas listas de espera. Assim, considerando que grande parte destes idosos não terá capacidade económica para ser integrada numa estrutura da rede privada, faz parte das prioridades do Plano de Desenvolvimento Social da Rede Social deste concelho, aumentar a sua taxa de cobertura nesta área de intervenção.

## **2- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

### **2.1. Introdução**

Ultrapassada a fase conceptual do processo de investigação, entramos na fase metodológica para dar conta dos passos e dos métodos que vamos utilizar para obter respostas à nossa questão de investigação. Assim surge este capítulo, no qual explicitaremos as decisões metodológicas que utilizámos para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 1999).

Neste sentido, as fases que delineámos para atingir os objectivos a que nos propusemos, serão descritas ao longo dos próximos subcapítulos. Para além da presente introdução, os passos que efectuámos incluem um subcapítulo referente à descrição do estudo, um subcapítulo que elenca a questão da investigação, um subcapítulo destinado à formulação das hipóteses, um subcapítulo que caracteriza a amostra/população alvo, um outro subcapítulo referente aos instrumentos de recolha de dados e um subcapítulo destinado ao tratamento de dados.

### **2.2. Descrição do Estudo**

Para o estudo da “Satisfação com a Vida e com o Lar: Um Estudo em Cenários Institucionais” procedeu-se, primeiro que tudo, a uma revisão bibliográfica da temática tendo em vista a obtenção de uma melhor delimitação do domínio de investigação, bem como “conhecer as correntes conceptuais e teóricas, assim como os métodos de investigação utilizados no quadro de trabalhos anteriores” (Fortin e Vissandjée, 1999: 74), para assim decidir sobre a melhor metodologia a utilizar.

De acordo com o nosso propósito conceptualizámos um estudo transversal, não experimental (Pedhazur e Schmelkin, 1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess e Bloomquist, 1985), ou estudo de observação (Quivy e Campenoudt, 1992), dado que no estudo não houve manipulação de variáveis em estudo. Pretende-se efectuar com esta pesquisa a descrição das características da amostra em estudo, bem como o estabelecimento de relações entre várias variáveis.

### 2.3. Questão de Investigação

Uma questão de investigação, segundo Fortin (1999), constitui um enunciado interrogativo claro que inclui, normalmente, uma ou duas variáveis a relacionar assim como a população estudada. Neste estudo, a questão lançada tem subjacente a convicção de que existem vários factores que podem contribuir ou influenciar positiva ou negativamente a satisfação com o lar das pessoas idosas residentes em cenários institucionais. Assim, definiu-se como questão de partida “Quais são os níveis de satisfação com a vida e com o lar e os factores que se relacionam com a satisfação com o lar?”

### 2.4. Hipóteses

Uma hipótese é uma *proposição provisória*, ou seja, uma resposta ao problema a ser investigado e que deverá ser construída de forma clara e observável. Deve indicar-nos o tipo de observações a recolher, bem como as relações existentes entre elas, para averiguar em que medida é confirmada ou infirmada pelos factos (Quivy e Campenoudt, 1992). Para tal, torna-se necessário não só precisar as dimensões dos conceitos que a constituem, a fim de nos permitir obter uma percepção da realidade, mas também “precisar os indicadores graças aos quais as dimensões podem ser medidas” (idem, p. 122)

Assim, as hipóteses orientadoras deste projecto de investigação são as seguintes:

H1 – A institucionalização em lares proximidade contribui para uma maior satisfação com o lar;

H2 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante os contactos familiares;

H3 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante os contactos de amizade;

H4 – Existe associação negativa entre a satisfação com o lar e a solidão experienciada;

H5 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante o tipo de participação dos idosos na opção pela institucionalização;

H6 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante a percepção da saúde;

H7 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante a tipologia dos quartos onde se vive;

H8 – Existe uma associação positiva entre a percepção dos residentes relativamente à política institucional no que concerne a determinadas poses ou comportamentos e a satisfação com o lar;

H9 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante o tipo de participação dos idosos em actividades sociorecreativas;

H10 – Existe uma associação positiva entre a satisfação com a vida e a satisfação com o lar.

## 2.5. População/Amostra

Porque não basta apenas saber os tipos de dados a recolher, é necessário também “circunscrever o campo das análises empíricas, no espaço, geográfico e social, e no tempo” (Quivy e Campenoudt, 1992: 159), assim como a definição da população sobre a qual se pretende obter informações relacionadas com o objecto de estudo. Segundo Fortin “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (1999: 202). Tendo em conta que a população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador, há pois que delimitá-la a um sub-conjunto ou amostra que seja representativo e que tenha as mesmas características da população que se deseja estudar.

No nosso estudo a questão da escolha da amostra afigurou-se como um dos problemas mais difíceis de solucionar, tendo em conta a questão da representatividade. A população alvo deste estudo são as pessoas idosas residentes em lares de terceira idade, tendo-se optado por delimitar geograficamente a amostra aos lares da rede solidária do concelho de Miranda do Corvo.

Existindo apenas 2 lares da rede solidária no concelho de Miranda do Corvo, decidimos proceder à sua distinção por Instituição 1 e por Instituição 2. O lar da Instituição 1 coexiste com outras respostas sociais, sendo considerado pela instituição como a última opção quando o Centro de Dia ou ao Apoio Domiciliário não consegue responder cabalmente às necessidades dos utentes. Trata-se de uma resposta que tem

por objectivo apoiar idosos acamados ou sem autonomia, isolados, com ou sem recursos económicos, com desajustamentos familiares graves ou aqueles cujo cônjuge já esteja internado na instituição.

O lar da instituição 1 oferece serviços específicos, para além do alojamento, alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupas. Referimo-nos aos serviços de enfermagem (sete dias por semana), consultas de clínica geral (quatro vezes por semana), psicologia clínica e serviços de fisioterapia. O facto de estar integrado com outras respostas sociais, facilita o convívio intergeracional, através da promoção de actividades de carácter recreativo e cultural, contando com uma vasta equipa constituída por professores de trabalhos manuais, de educação física e animadora sociocultural.

O lar da Instituição 2 acolhe, com natureza permanente ou temporária, pessoas idosas desinseridas do meio social e familiar, não autónomos na satisfação das suas necessidades básicas. Para a satisfação destas necessidades, presta serviços de alojamento, alimentação, saúde, higiene, conforto, ocupação e lazer. Para a concretização destes serviços, a resposta social conta, para além do Director Técnico (Assistente Social), com o apoio de uma equipa composta por médico (1 vez por semana), enfermeiros, e animador sociocultural a tempo inteiro.

Delimitada a população alvo, houve que precisar os critérios de selecção dos elementos da amostra, a qual é constituída por idosos com mais de 65 anos de idade, de ambos os sexos, residentes em lar e sem défices cognitivos. Para a selecção dos elementos da amostra contou-se com o apoio das Directoras Técnicas dos Lares que, tendo em conta o conhecimento que têm acerca das características dos residentes, nos sinalizaram aqueles que se encontravam dentro dos critérios determinados pelo próprio estudo.

Assim, só foram incluídos no estudo os respondentes que não apresentavam capacidade cognitiva diminuída, capazes de responder ao questionário por nós elaborado. Desta forma a nossa amostra ficou reduzida a 49 inquiridos:



**Tabela 5: Distribuição da população por instituição com critério de inclusão**

	Idosos Institucionalizados		Idosos com critério de inclusão	
	N	%	N	%
Instituição 1	60	100	21	35
Instituição 2	65	100	29	44,6
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>79,6</b>

## 2.6. Instrumentos de Recolha de Dados

Para o estudo da “Satisfação com a Vida e com o Lar: Um Estudo em Cenários Institucionais” recorreu-se a uma metodologia quantitativa para medir objectivamente as nossas variáveis. No âmbito da utilização desta metodologia aplicou-se junto da população-alvo um **inquérito por questionário (Anexo 1)**, o qual consistiu “em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar (...) ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores” (Quivy e Campenoudt, 1992: 190).

Considerando o tipo de população abrangida por este estudo, este questionário foi aplicado por “**administração indirecta**” tendo sido o próprio inquiridor a completá-lo a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido (idem, p. 190).

Para além deste instrumento de recolha de dados, elaborado por nós, e considerando que a satisfação de vida é um conceito avaliado habitualmente através de escalas de múltiplos itens, aplicou-se uma escala que consiste numa nova medição da satisfação com a vida baseada na teoria da congruência – a “**Escala de Satisfação com a Vida**” de Meadow e colaboradores (1999). Esta escala inclui dez itens de auto-avaliação nos quais se pede aos respondentes que indiquem respostas usando uma escala de seis pontos que varia entre “Muito Insatisfeito” – (1) a “Muito Satisfeito” – (6). O objectivo é obter uma avaliação da pessoa sobre:

**Tabela 6: Escala de Satisfação com a Vida de Meadow (1992)**

Perguntas		
1	Qual é o seu grau de satisfação relativamente aos objectivos que traçou para a sua vida, ou àquilo que tinha idealizado tornar-se?	Concretizações pessoais tendo em conta um padrão baseado em objectivos ideais
2	Qual é o seu grau de satisfação considerando aquilo que acha que merecia que tivesse acontecido tendo em conta o seu esforço?	O padrão baseado em concretizações merecidas
3	Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus familiares (pais, irmãos, irmãs, etc.)?	O padrão baseado em concretizações familiares
4	Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus amigos e conhecidos?	O padrão baseado em concretizações de amigos / conhecidos
5	Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pela maioria das pessoas na mesma posição que a sua?	O padrão baseado em concretizações numa média de pessoas na mesma posição
6	Qual é o seu grau de satisfação tendo em conta as suas origens e aquilo que conseguiu alcançar na sua vida (o progresso que fez, as mudanças pelas quais passou, ou o nível de crescimento que sentiu)?	O padrão baseado na experiência do passado
7	Qual é o seu grau de satisfação quando pensa nas expectativas que tinha para si próprio(a), tendo em conta os meios que tinha, as suas capacidades e os seus pontos mais fracos?	O padrão baseado nos auto-conceitos sobre forças e fraquezas
8	Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que tinha previsto alcançar e aquilo que na realidade alcançou?	O padrão baseado em concretizações previstos
9	Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que sente que já deveria ter alcançado até agora?	O padrão baseado em concretizações esperadas
10	Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que considera ser o mínimo que alguém na sua posição deveria ter conseguido alcançar na vida (e deveria ser capaz de alcançar)?	O padrão baseado nas concretizações mínimas toleráveis

A pontuação global média da satisfação com a vida é calculada através da soma das pontuações individuais da satisfação (item 1 até ao 10) dividindo pelo número de itens (10). No estudo de Meadow e colaboradores (1992), a escala de satisfação com a

vida mostrou uma alta consistência interna (Estudo 1<sup>2</sup>: 0,946 - Estudo 2: 0,951), e a média reflectia um grupo de respondentes moderadamente satisfeito (Estudo 1: Média de 4,762; Desvio-padrão de 1,002 - Estudo 2: Média de 4,854; Desvio-padrão de 0,850).

**Tabela 7: Estatística Descritiva da Escala**

Perguntas		Estudo 1		Estudo 2	
		Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
<b>1</b>	Qual é o seu grau de satisfação relativamente aos objectivos que traçou para a sua vida, ou àquilo que tinha idealizado tornar-se?	4,701	1,079	4,780	1,095
<b>2</b>	Qual é o seu grau de satisfação considerando aquilo que acha que merecia que tivesse acontecido tendo em conta o seu esforço?	4,556	1,121	4,781	1,096
<b>3</b>	Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus familiares (pais, irmãos, irmãs, etc.)?	4,907	1,000	5,000	1,050
<b>4</b>	Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus amigos e conhecidos?	4,827	0,969	4,837	1,002
<b>5</b>	Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pela maioria das pessoas na mesma posição que a sua?	4,953	0,929	4,931	0,954
<b>6</b>	Qual é o seu grau de satisfação tendo em conta as suas origens e aquilo que conseguiu alcançar na sua vida (o progresso que fez, as mudanças pelas quais passou, ou o nível de crescimento que sentiu)?	4,989	0,896	4,971	0,982
<b>7</b>	Qual é o seu grau de satisfação quando pensa nas expectativas que tinha para si próprio(a), tendo em conta os meios que tinha, as suas capacidades e os seus pontos mais fracos?	4,805	0,994	4,778	1,022
<b>8</b>	Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que tinha previsto alcançar e aquilo que na realidade alcançou?	4,656	1,070	4,741	1,107
<b>9</b>	Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que sente que já deveria ter alcançado até agora?	4,516	1,132	4,640	1,086
<b>10</b>	Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que considera ser o mínimo que alguém na sua posição deveria ter conseguido alcançar na vida (e deveria ser capaz de alcançar)?	4,705	1,109	4,918	1,003
<b>Total</b>		<b>4,762</b>	<b>1,002</b>	<b>4,854</b>	<b>0,850</b>

<sup>2</sup> A Escala de Satisfação com a Vida foi aplicada junto de duas grandes amostras, a que Meadow e colaboradores designaram por Estudo 1 e Estudo 2. O Estudo 1 foi aplicado junto de uma amostra constituída por 752 idosos da área do Meio-Atlântico (E.U.A) com idades de 60 e mais anos. O Estudo 2 foi aplicado junto de uma amostra de 529 idosos da área de Albermarle County (Virgínia - E.U.A), com idades de 55 e mais anos

Para além das análises descritivas (médias e desvios-padrão) efectuámos também o estudo de fidedignidade para Escala da Satisfação com a Vida. No nosso estudo de fidedignidade foi também estimada a consistência interna (através do coeficiente *alfa de Cronbach*) e da Bipartição/duas metades (método de *Spearman-Brown* e método de *Guttman*), tendo-se obtido os seguintes resultados:

**Tabela 8: Estudo de fidedignidade da Escala de Satisfação com a Vida (Meadow)**

Escala Satisfação com a Vida			
Coeficiente de Alfa Cronbach		0,885	
Coeficiente Split-Half de Guttman		0,869	
Coeficiente Spearman-Brown Equal-length		0,869	
Coeficiente Spearman-Brown Unequal-length		0,869	
Alfa - Parte 1 (5 itens)		0,846	
Alfa - Parte 2 (5 itens)		0,750	
Correlação entre a 1ª e a 2ª metade		0,769	
Média	Variância	Desvio-padrão	Número de itens
4,329	1,496	0,856	10

**Tabela 9: Estatísticas dos itens**

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo/ Mínimo	Variância
<b>Média dos itens</b>	4,33	3,62	4,68	1,60	1,30	0,12
<b>Variância dos itens</b>	1,50	0,95	2,37	1,41	2,48	0,19
<b>Co-variância inter-item</b>	0,65	0,15	1,24	1,90	8,36	0,06
<b>Correlação Inter-Item</b>	0,45	0,08	0,83	0,75	10,61	0,03

Como se pode verificar na tabela 8 a Escala da Satisfação com a Vida aplicada à nossa amostra apresenta boas características psicométricas ao nível da fidedignidade (medida através da sua consistência interna) e a média reflecte um grupo de inquiridos moderadamente satisfeitos com a vida.

Apesar da reduzida amostra<sup>3</sup> resolvemos efectuar uma análise factorial. Previamente efectuamos o teste de esferecidade de Bartlett e o Kaiser-Meyer-Olkin, tendo-se obtido os resultados que estão apresentados na tabela nº 10.

<sup>3</sup> Vários autores não aconselham a realização da análise factorial com amostras reduzidas (Pestana & Gageiro, 1998; Bryman & Cramer, 2003).

**Tabela 10: Teste KMO e Bartlett's**

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,735
Teste de esferecidade de Bartlett'	“chi quadrado” (aproximação)	223,196
	Graus de liberdade	45
	Nível de significância	0,000

Os Testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de Esfericidade de Bartlett, indicam qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial, isto é, qual é o nível de confiança que se pode esperar dos dados quando do seu tratamento pelo método multivariado de análise fatorial (Hair et al, 1998). No nosso caso, o valor obtido foi de 0,735, o que nos mostra uma boa adequação. O segundo teste, o de Esfericidade de Bartlett é baseado na distribuição estatística de “chi quadrado” e testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, isto é, que não há correlação entre as variáveis (Pereira, 2001). No nosso caso o valor da significância do teste de Bartlett, mostrou-se menor que 0,001, o que permite mais uma vez confirmar a possibilidade e adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados.

De seguida procedemos à análise factorial. A solução factorial mostrou-nos saturações factoriais em 3 factores. Uma análise factorial dessa matriz mostrou-nos que a maior parte dos itens caíam no 1º factor. Num segundo momento restringiu-se a solução factorial a 2 factores, uma vez que corresponde ao número de subescalas subentendido à estrutura factorial apresentado por **Meadow e colaboradores**.

**Tabela 11: Total da variância explicada**

Factores	Valores próprios	Percentagem da variância	Percentagem da variância acumulada
1	5,16	51,60	51,60
2	1,32	13,24	64,85
3	1,17	11,65	76,50
4	0,76	7,64	84,15
5	0,64	6,38	90,53
6	0,35	3,51	94,04
7	0,25	2,45	96,49
8	0,16	1,56	98,05
9	0,13	1,31	99,37
10	0,06	0,63	100,00

**Tabela 12: Análise factorial da Escala de Satisfação com a Vida**

<b>Matriz</b>		
	1	2
Qual é o seu grau de satisfação relativamente aos objectivos que traçou para a sua vida, ou àquilo que tinha idealizado tornar-se?	0,30	<b>0,65</b>
Qual é o seu grau de satisfação considerando aquilo que acha que merecia que tivesse acontecido tendo em conta o seu esforço?	0,73	<b>0,45</b>
Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus familiares (pais, irmãos, irmãs, etc.)?	0,62	0,52
Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus amigos e conhecidos?	0,84	0,19
Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pela maioria das pessoas na mesma posição que a sua?	0,86	0,11
Qual é o seu grau de satisfação tendo em conta as suas origens e aquilo que conseguiu alcançar na sua vida (o progresso que fez, as mudanças pelas quais passou, ou o nível de crescimento que sentiu)?	0,42	0,36
Qual é o seu grau de satisfação quando pensa nas expectativas que tinha para si próprio(a), tendo em conta os meios que tinha, as suas capacidades e os seus pontos mais fracos?	0,90	0,22
Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que tinha previsto alcançar e aquilo que na realidade alcançou?	0,19	<b>0,76</b>
Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que sente que já deveria ter alcançado até agora?	0,06	<b>0,80</b>
Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que considera ser o mínimo que alguém na sua posição deveria ter conseguido alcançar na vida (e deveria ser capaz de alcançar)?	0,33	<b>0,73</b>

Como podemos observar os itens apresentam saturações factoriais nos factores *fonte* e *forma*. Existe coincidência nos itens com o postulado por Meadow e colaboradores. Apenas um dos itens (2.º) deveria apresentar saturações factoriais superiores no factor forma.

## 2.7. Procedimentos

Os dados foram analisados informaticamente com o apoio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16, com o objectivo de responder às hipóteses delineadas, assim como fundamentar e suportar as respectivas reflexões e conclusões.

Para a apresentação estatística dos dados recorreremos inicialmente à análise univariada (estatística descritiva), através da análise das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Para comparar médias e testar as hipóteses recorreremos aos testes não paramétricos U de *Mann Whitney* e *Kruskall Wallis*. O coeficiente de correlação de *Pearson* e o de *Spearman* foram igualmente utilizados como medida de associação entre um par de variáveis.

O nível de significância estatística adoptado para os testes será de 5%, ou seja, o p-valor deverá ser igual ou inferior a 0,05 para que se considere o resultado estatisticamente significativo.

A Escala de Satisfação com a Vida utilizada nesta investigação foi aplicada após o pedido de autorização junto dos seus autores.

Para se proceder à administração dos referidos instrumentos foi solicitada às duas instituições do concelho de Miranda do Corvo a respectiva autorização, assim como a colaboração dos seus Directores Técnicos na indicação/selecção dos utentes que apresentassem condição mental para responder de forma fidedigna às questões contidas nos respectivos instrumentos de recolha de dados.

Após a obtenção dessa autorização, os instrumentos foram administrados pela inquiridora por via indirecta junto dos utentes, já que se tratavam de idosos com baixos níveis de literacia e com dificuldades na sua compreensão e preenchimento.

## V PARTE

---



## **1- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Chegamos à fase do nosso estudo em que apresentaremos os resultados decorrentes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. O tratamento dos dados será efectuado recorrendo à estatística descritiva e inferencial. A organização e a síntese numérica far-se-á recorrendo à estatística descritiva. As hipóteses lançadas neste estudo serão testadas recorrendo a testes paramétricos ou não-paramétricos. Assim, numa primeira fase da análise dos resultados far-se-á a apresentação dos dados provenientes da aplicação do inquérito por questionário, numa segunda fase a apresentação dos dados provenientes da aplicação da escala da satisfação com a vida e na terceira fase a testagem das hipóteses.

### **1.1. Análise dos resultados**

#### **1.1.1. Inquérito por Questionário**

De acordo com a tabela 13, a amostra estudada apresenta uma idade média de 79,82 anos (desvio-padrão de  $\pm 7,892$ ), verificando-se que é no grupo dos 65-74 e dos 75-84 que se regista a maior percentagem de pessoas idosas com igual percentagem (32,7%). No entanto é de salientar que é na Instituição 1 que se verifica um maior número de pessoas com idades superiores a 85 anos, apresentando cerca de 38,1% do total da amostra (N=21) daquela instituição.

A população inquirida é predominantemente feminina em ambas as instituições. Quanto ao estado civil, verifica-se que a categoria mais representativa é a de viúvo com 31 indivíduos do total da amostra (63,3%), com uma percentagem que se acentua na instituição 2.

O nível de instrução ou habilitações académicas mais preponderante é o nível correspondente à “Instrução Primária Completa”, representando 38,8% do total da amostra. É de salientar, no entanto, a diferença dos níveis de instrução dos indivíduos entre as instituições. Enquanto na instituição 1 predomina a instrução primária

completa, o mesmo não se verifica na instituição 2. É nesta instituição que se regista a maior percentagem de iliteracia, com cerca de 42,9% do seu número total de inquiridos.

Relativamente à profissão, constatamos que a profissão “Agricultor” é a profissão mais preponderante entre os inquiridos, correspondendo a cerca de 46,9% do total da amostra. Ao individualizarmos os dados por instituição, observámos que é na instituição 2 que se encontram a maioria dos idosos com a profissão “Trabalhador Rural”, representando cerca de 71,4% do total de inquiridos naquela instituição. As segundas maiores percentagens recaem sobre as domésticas e as empregadas domésticas, verificando-se a sua maior expressão na Instituição 1.

Quando questionados sobre se “os seus rendimentos cobrem as suas necessidades”, 73,5% dos inquiridos responderam que era com grande dificuldade que os seus rendimentos cobriam as suas necessidades, atingindo a maior percentagem em ambas as instituições. De salientar a percentagem de 14,3 para os que não responderam (NS/NR), apresentando uma das segundas maiores percentagens na instituição 2.

A grande maioria dos inquiridos depende de uma pensão de velhice (93,9%) complementada por uma pensão de sobrevivência em 53,1% do total da amostra. São pensões decorrentes de uma situação contributiva para o Regime Especial da Segurança Social dos Trabalhadores Agrícolas.

**Tabela 13 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade (média: 79,82; desvio-padrão: ±7,892)</b>						
<64 Anos	0	0	2	7,1	2	4,1
65 – 74 Anos	6	28,6	10	35,7	16	32,7
75 – 84 Anos	7	33,3	9	32,1	16	32,7
>85 Anos	8	38,1	7	25,0	15	30,6
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Género</b>						
Masculino	9	42,9	9	32,1	18	36,7
Feminino	12	57,1	19	67,9	31	63,3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	5	23,8	2	7,1	7	14,3
Casado	5	23,8	6	21,4	11	22,4
Viúvo	11	54,4	20	71,4	31	63,3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Nível Instrução</b>						
Analfabeto	4	19,0	12	42,9	16	32,7
Inst. Primária Incompleta	4	19,0	9	32,1	13	26,5
Inst. Primária Completa	12	57,1	7	25,0	19	38,8
7º Ano Liceal (11º/12º Ano Actual)	1	4,8	0	0	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Profissão</b>						
Trabalhador rural	3	14,3	20	71,4	23	46,9
Doméstica	5	23,8	1	3,6	6	12,2
Emp. Doméstica	2	9,5	1	3,6	3	6,1
Pastor	0	0,0	1	3,6	1	2,0
Cozinheira	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Barbeiro	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Radiotécnico	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Emp. Armazém	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Costureira	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Fogueiro	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Pregador de tacos	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Sapateiro	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Ferroviário	0	0,0	1	3,6	1	2,0
Distribuidor CTT	0	0,0	1	3,6	1	2,0
Pedreiro	0	0,0	1	3,6	1	2,0
Torneiro	0	0,0	1	3,6	1	2,0
Bancário	0	0,0	1	3,6	1	2,0
Dactilógrafa	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Trab. Independente	1	4,8	0	0,0	1	2,0
Moleiro	1	4,8	0	0,0	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Rendimentos</b>						
C/ dificuldade	14	66,7	22	78,6	36	73,5
Razoavelmente	3	14,3	2	7,1	5	10,2
Muito Bem	1	4,8	0	0	1	2,0
NS/NR	3	14,3	4	14,3	7	14,3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Pensões</b>						
Velhice	19	90,5	27	96,4	46	93,9
Invalidez	0	0	2	7,1	2	4,1
Sobrevivência	11	52,4	15	53,6	26	53,1
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>142,9</b>	<b>44</b>	<b>156,1</b>	<b>74</b>	<b>151,1</b>

Pela análise da tabela 14, podemos verificar que a maioria da população inquirida pertencia ao concelho de Miranda do Corvo, com uma percentagem total de 79,6%, tendência que se reflecte em ambas as instituições. Quanto à proximidade relativamente ao lar, constatámos que 46,9% dos idosos residem, actualmente, a uma distância entre os 3 e os 10 Kms da sua anterior residência. Essa tendência verifica-se em ambas as instituições, embora com maior representatividade na instituição 2.

**Tabela 14 - Distribuição da população segundo a proximidade da anterior residência ao lar (km)**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Residência (concelho)</b>						
Miranda do Corvo	17	81	22	78,6	39	79,6
Coimbra	3	14,3	1	3,6	4	
Penela	0	0	3	10,7	3	6,1
Matosinhos	1	4,8	0	0	1	2,0
Baião	0	0	1	3,6	1	2,0
Mealhada	0	0	1	3,6	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Distância (Km)</b>						
0-3	6	28,6	5	17,9	11	22,4
3-10	9	42,9	14	50,0	23	46,9
10-20	3	14,3	7	25,0	10	20,4
>20	3	13,3	2	7,1	5	10,2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Na tabela 15, podemos constatar que 26,5% da população idosa institucionalizada tem apenas um filho, segue-se, com igual percentagem, o número de inquiridos sem descendentes e com e com 2 descendentes (24,5%). Se analisarmos os dados por instituição, verificamos que na instituição 1 existe uma percentagem significativa de pessoas sem filhos (42,9%), sendo que é na instituição 2 que se registam as maiores percentagens de pessoas com 1 a 2 descendentes.

Observamos também que a maioria da população idosa inquirida tem contactos familiares (visitas), recaindo as maiores percentagens sobre aquela população cujos contactos são próximos e regulares, apresentando uma percentagem de 44,9%, logo seguida da que apresenta contactos próximos e com visitas (26,5%). No entanto, 77,6%

do total da amostra registou que não vê os seus familiares tantas vezes quantas gostaria. Esta é uma evidência presente em ambas as instituições.

Quanto aos contactos de amizade, podemos observar que 55,1% dos inquiridos conseguem ainda manter os contactos com a sua rede de amizades, embora na instituição 2, metade da sua população admitiu não ter qualquer contacto com os amigos. Questionados sobre se tinham familiares a frequentar a instituição, 65,3% do total da amostra responderam negativamente. É, no entanto, importante observar a percentagem dos que responderam positivamente na instituição 2 (42,9%), estes respondiam ter uma pessoa da sua rede familiar a frequentar a instituição (cônjuge, primos, irmãos).

No que respeita à solidão, 32,7% e 24,5% do total da amostra responderam nunca e raramente se sente só, respectivamente. No entanto, não devemos deixar de evidenciar o total de idosos que responderam frequentemente ou sempre, revelando uma percentagem de 30,6% e 12,2% respectivamente. Se particularizarmos os dados, verificamos que é na instituição 2 que se regista o maior número de inquiridos que nunca e frequentemente se sentem sós, representando valores idênticos na ordem nos 35,7% respectivamente.

Relativamente aos sentimentos de abandono, 77,6% do total da amostra respondeu que nunca/quase nunca se sentiu abandonado na instituição. Esta situação verifica-se em ambas as instituições com uma percentagem de 71,4 na instituição 1 e 82,1 na instituição 2. Quanto à questão sobre “se tem alguém em quem confia na instituição”, 61,2% do total respondeu positivamente, enquanto 38,8% respondeu negativamente. Ao analisarmos os dados por instituição, verificamos que é na instituição 1 que se regista o maior número de respostas negativas.

Tabela 15 - Caracterização dos recursos sociofamiliares

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Nº Filhos</b>						
0	9	42,9	3	10,7	12	24,5
1	6	28,6	7	25,0	13	26,5
2	4	19,0	8	28,6	12	24,5
3	3	9,5	6	21,4	8	16,3
4	4	0	1	3,6	1	2,0
7	0	0	1	3,6	1	2,0
9	0	0	2	7,1	2	4,1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Contactos Familiares</b>						
Afastados e S/ visitas	0	0	2	7,1	2	4,1
Afastados e C/ visitas	6	28,6	4	14,3	10	20,4
Próximos e S/ Visitas	0	0	2	7,1	2	4,1
Próximos e C/ Visitas	6	28,6	7	25,0	13	26,5
Próximos e C/ visitas regulares	9	42,9	13	46,4	22	44,9
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Contactos C/ Rede Amizades</b>						
Sim	13	61,9	14	50,0	27	55,1
Não	8	38,1	14	50,0	22	44,9
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Familiares que frequentam Instituição</b>						
Sim	5	23,8	12	42,9	17	34,7
Não	16	76,2	16	57,1	32	65,3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Sente-se só</b>						
Nunca	6	28,6	10	35,7	16	32,7
Raramente	8	38,1	4	14,3	12	24,5
Frequentemente	5	23,8	10	35,7	15	30,6
Sempre	2	9,5	4	14,3	6	12,2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Sente-se Abandonado</b>						
Muitas vezes/sempre	3	14,3	1	3,6	4	8,2
Algumas vezes	3	14,3	4	14,3	7	14,3
Quase Nunca/Nunca	15	71,4	23	82,1	38	77,6
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Tem alguém em quem confia na Instituição?</b>						
Sim	9	42,9	21	75,0	30	61,2
Não	12	57,1	7	25,0	19	38,8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

<b>Vê os seus familiares tantas vezes quantas gostaria?</b>						
Sim	3	14,3	7	25,0	10	20,4
Não	18	85,7	20	71,4	38	77,6
NS/NR	0	0	1	3,6	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Consegue manter as suas relações de amizade como mantinha antes de vir para lar?</b>						
Sim	12	57,1	15	53,6	27	55,1
Não	9	42,9	12	42,9	21	42,9
NS/NR	0	0	1	3,6	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Na análise da tabela 16, verificamos que 51% da amostra raramente/nunca sai da instituição para ir visitar o seu domicílio anterior. Se particularizarmos os dados, observamos que é na instituição 2 onde esta realidade tem maior expressão, com uma percentagem de 60,7%. Relativamente à instituição 1, embora a maior percentagem espelhe uma realidade idêntica (38,1%), verificamos que os dados se encontram bastante mais espalhados, ganhando alguma expressão o número de idosos que saem algumas vezes por ano para visitar o seu domicílio anterior, situação que se verifica com menor visibilidade na instituição 2, na qual ganha maior expressão aqueles idosos que apenas saem 1 a 2 vezes no ano da instituição para ir visitar o seu domicílio anterior.

Quanto às restantes variáveis, verificamos também que os idosos raramente/nunca saem da instituição para visitar os seus familiares, amigos e vizinhos, com uma percentagem de 61,2%, 59,2% e 61,2% respectivamente, sendo uma realidade que facilmente se verifica em ambas as instituições.

**Tabela 16: Distribuição da população segundo os contactos com o exterior**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Com que frequência sai da Instituição para visitar o seu domicílio anterior?</b>						
Raramente/Nunca	8	38,1	17	60,7	25	51,0
Algumas vezes/ano	6	28,6	3	10,7	9	18,4
1 a 2 vezes/ano	5	23,8	6	21,4	11	22,4
Semanalmente ou mais	2	9,5	2	7,1	4	8,2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

<b>Com que frequência sai da Instituição para visitar familiares?</b>						
Raramente/Nunca	14	66,7	16	57,1	30	61,2
Algumas vezes/ano	5	23,8	5	17,9	10	20,4
1 a 2 vezes/ano	0	0	3	10,7	3	6,1
Semanalmente ou mais	2	9,5	4	14,3	6	12,2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Com que frequência sai da Instituição para visitar amigos?</b>						
Raramente/Nunca	13	61,9	16	57,1	29	59,2
Algumas vezes/ano	4	19,0	4	14,3	8	16,3
1 a 2 vezes/ano	1	4,8	3	10,7	4	8,2
Semanalmente ou mais	3	14,3	5	17,9	8	16,3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Com que frequência sai da Instituição para contactar com os vizinhos?</b>						
Raramente/Nunca	13	61,9	17	60,7	30	61,2
Algumas vezes/ano	4	19,0	4	14,3	8	16,3
1 a 2 vezes/ano	2	9,5	3	10,7	5	10,2
Semanalmente ou mais	2	9,5	4	14,3	6	12,2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Pela análise da tabela 17, constatamos que foi dos inquiridos que partiu a iniciativa para a institucionalização, com uma percentagem de 51%, seguida da iniciativa dos familiares, com uma percentagem de 42,9%.

**Tabela 17: Distribuição da população segundo a iniciativa da institucionalização**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>De quem partiu a iniciativa de vir para o Lar?</b>						
Próprio	12	57,1	13	46,4	25	51,0
Familiar	7	33,3	14	50,0	21	42,9
Hospital	2	9,5	1	3,6	3	6,1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Relativamente aos motivos que desencadearam a opção pela institucionalização, podemos constatar que os problemas de saúde, seguido do deficiente suporte familiar foram os mais referenciados com uma percentagem de 36,7% e 25%, respectivamente



**Tabela 18: Distribuição da população segundo os motivos da institucionalização (os inquiridos podiam registar mais do que uma opção)**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Porque decidiu vir para o Lar?</b>						
Solidão	6	25,0	5	13,9	11	18,3
Deficiente Suporte Familiar	5	20,8	10	27,8	15	25
Problemas de saúde	8	33,3	14	38,9	22	36,7
Isolamento	0	0	0	0	0	0
Problemas familiares	1	4,2	1	2,8	2	3,3
Dependência do cônjuge	3	12,5	1	2,8	4	6,7
Necessidade de Convívio/Ocupação	1	4,2	0	0	1	1,7
Medo estar em casa	0	0	3	8,3	3	5
Recusa de querer ser um encargo para a família	0	0	1	2,8	1	1,7
Falecimento do cônjuge	0	0	1	2,8	1	1,7
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Pela análise da tabela 19 constatamos que os inquiridos se encontram satisfeitos com a sua residência no lar em ambas as instituições. Para o total de amostra a moda estatística é “Satisfeito” com uma percentagem de 61,2%.

**Tabela 19: Distribuição da população segundo a satisfação com o lar**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Está satisfeito com a sua residência no lar?</b>						
Nada satisfeito	2	9,5	2	7,1	4	8,2
Pouco Satisfeito	3	14,3	2	7,1	5	10,2
Satisfeito	11	52,4	19	67,9	30	61,2
Muito Satisfeito	4	19,0	4	14,3	8	16,3
Totalmente Satisfeito	1	4,8	1	3,6	2	4,1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Através da análise do quadro 20, verificamos que 44,9% dos inquiridos revelam uma má percepção do seu estado de saúde, enquanto 42,9% revelam ter uma saúde regular. Estes valores não apresentam idêntica expressão em ambas as instituições: enquanto na instituição 1 predomina uma percepção negativa da saúde (47,6%), na instituição 2 verificamos que os inquiridos apresentam uma percepção da saúde regular (46,4%).

**Tabela 20: Distribuição da população segundo a percepção da saúde**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Como avalia a sua saúde?</b>						
Boa	3	14,3	3	10,7	6	12,2
Regular	8	38,1	13	46,4	21	42,9
Má	10	47,6	12	42,9	22	44,9
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Com base no quadro 21, verificamos que a maior parte da população inquirida reside em quartos duplos (51,0%), seguida da que reside em quartos triplos (32,7%). Esta situação apresenta uma predominância idêntica em ambas as instituições.

**Tabela 21: Distribuição da população segundo a tipologia dos quartos**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tipologia dos quartos</b>						
Individual	4	19,0	0	0,0	4	8,2
Casal	2	9,5	1	3,6	3	6,1
Duplo	10	47,6	15	53,6	25	51,0
Triplo	5	23,8	11	39,3	16	32,7
Quádruplo	0	0,0	1	3,6	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

A percepção dos residentes relativamente à política institucional no que concerne a determinadas poses ou comportamentos foi mensurada através de 10 itens retirados do Formulário de Recolha de Informação sobre a Política e o Programa do

Procedimento de Avaliação Ambiental Multifásico de Moos e Lemke<sup>1</sup> (1. Beber álcool no próprio quarto; 2. Ter a sua própria mobília no quarto; 3. Ter um pássaro ou um peixe no próprio quarto; 4. Ter um disco eléctrico ou máquina de café no quarto; 5. Lavar algumas peças de roupa na casa de banho; 6. Beber um copo de vinho ou cerveja às refeições; 7. Escolher sentar-se onde quiser às refeições; 8. Não tomar o pequeno-almoço para dormir até mais tarde; 9. Fechar a porta do próprio quarto; 10. Fechar à chave a porta do próprio quarto).

Tendo por base os dados do quadro seguinte, podemos constatar que existem diferenças significativas, ao nível das frequências, entre as duas instituições, no que respeita à percepção dos residentes relativamente à política institucional atinente a determinadas posses e comportamentos. Assim, é na instituição 1 que se regista um maior número de itens percebidos como permitidos/encorajados pelos utentes, recaindo a maior percentagem naqueles que perceberam cerca de 8 itens permitidos (47,6%). Na instituição 2 verifica-se o maior número de itens desencorajados, em que cerca de 15 utentes responderam apenas a 3 itens como encorajados e 12 utentes apenas a um item encorajado, representando percentagens de 53,6% e 42,9% respectivamente.

---

<sup>1</sup> O Procedimento de Avaliação Ambiental Multifásico (MEAP) é um processo multidimensional, desenvolvido por Moos e Lemke para avaliar ambientes residenciais mediante a aplicação de 5 instrumentos, que podem aplicar-se separadamente ou em conjunto. Examinam as características do contexto: físicas, organizativas, de pessoal e residentes e de clima social, assim como variáveis pessoais tais como capacidades funcionais, actividades, saúde, satisfação e necessidades.

Os 5 instrumentos que compõem o MEAP são os seguintes:

1) Lista de avaliação das Características Físicas e Arquitectónicas (PAF); 2) Formulário de Recolha de Informação sobre a Política e o Programa (POLIF); 3) Formulário de Recolha de Informação sobre os Residentes e Funcionários (RESIF); 4) Escala do Ambiente Social; 5) Escala de Avaliação Global da Instituição.

**Tabela 22: Percepção dos residentes relativamente à política institucional (posses ou comportamentos)**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Medidas descritivas		
	N	%	N	%	Instituição 1	Instituição 2	
<b>Mede a percepção que os residentes têm relativamente à política que a instituição segue relativamente às seguintes posses ou comportamentos (As categorias encorajado ou permitido foram pontuadas com 1 as outras respostas - desencorajado e intolerável - foram pontuadas com 0)</b>							
N <sup>a</sup> de Itens permitidos e Encorajados	1	0	0	12	42,9	Média: 7,3; DP=±1,4; Mínimo=5; Máximo=9	Média: 2,1; DP=±0,99; Mínimo=1; Máximo=3
	2	0	0	1	3,6		
	3	0	0	15	53,6		
	5	5	23,8	0	0		
	7	3	14,3	0	0		
	8	10	47,6	0	0		
	9	3	14,3	0	0		
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>			

Através da análise do quadro 23, podemos verificar que 51% dos idosos inquiridos participa em alguma actividade organizada pela instituição, enquanto 49% respondeu negativamente. Verificamos no entanto que esta situação difere entre as instituições: enquanto na instituição 1 a maioria dos inquiridos não participa nas actividades, já na instituição 2, os dados invertem-se a maioria dos inquiridos participa em actividades. A frequência com que participam nas actividades foi categorizada em raramente/nunca, 1 a 2 vezes no ano, algumas vezes/ano e semanalmente ou mais. Relativamente a esta variável, verificamos que 40,8% dos idosos inquiridos referiu raramente/nunca participar nas actividades, contra 28,6%, 18,4% e 10,2% que responderam semanalmente ou mais, algumas vezes/ano e 1 a 2 vezes no ano participam nas actividades, respectivamente.

Questionados sobre a necessidade que têm em participar nas actividades, as percentagens recaem para idênticos valores de respostas positivas (51%), contra 46,9% de respostas negativas.

Quanto à colaboração no planeamento das actividades, é de salientar que em nenhuma das instituições se obtiveram respostas positivas, recaindo assim os resultados

para 95,9% de respostas negativas e 4,1% para os idosos que não sabiam/não responderam.

No entanto, 42,9% dos inquiridos consideram que o plano de actividades organizado pela instituição é o mais adequado à sua situação, enquanto 30,6% não respondeu (NS/NR) e 26,5% consideram o plano de actividades desadequado à sua situação.

**Tabela 23: Distribuição da população segundo a participação em actividades sociorecreativas**

Variáveis	Instituição 1		Instituição 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Participa em alguma actividade organizada pela Instituição</b>						
Sim	9	42,9	16	57,1	25	51,0
Não	12	57,1	12	42,9	24	49,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Acha que necessita de participar nessas actividades</b>						
Sim	10	47,6	15	53,6	25	51,0
Não	11	52,4	12	42,9	23	46,9
NS/NR	0	0	1	3,6	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Colabora no planeamento das actividades da instituição</b>						
Não	21	100	26	92,9	47	95,9
NS/NR	0	0	2	7,1	2	4,1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Considera que o plano de actividades do Lar é o mais adequado para si</b>						
Sim	9	42,9	12	42,9	21	42,9
Não	4	19,0	9	32,1	13	26,5
NS/NR	8	38,1	7	25,0	15	30,6
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
<b>Com que frequência participa nas actividades programadas pelo Lar</b>						
Raramente/Nunca	9	42,9	11	39,3	20	40,8
Algumas vezes/ano	4	10,0	5	17,9	9	18,4
1 a 2 vezes/ano	3	14,3	2	7,1	5	10,2
Semanalmente ou mais	4	19,0	10	35,7	14	28,6
NS/NR	1	4,8	0	0	1	2,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

### 1.1.2. Escala da Satisfação com a Vida (Meadow)

Tal como já atrás referido, a Escala de Satisfação com a Vida inclui 10 itens de auto-avaliação, em que se pretende que os inquiridos avaliem os seus sentimentos ou o seu nível de satisfação (insatisfação) para consigo e para aquilo que concretizaram na vida, usando uma escala de 6 pontos que varia entre “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, sendo que o número 1 indica o nível mais forte de insatisfação e o número 6 o nível mais forte de satisfação, da seguinte forma:

1 – Muito Insatisfeito	3 – Algo Insatisfeito	5 – Satisfeito
2 – Insatisfeito	4 – Algo Satisfeito	6 – Muito Satisfeito

A pontuação global média da satisfação com a vida é calculada através da soma das pontuações individuais da satisfação (item 1 até ao 10) dividindo pelo número de itens (10). De entre uma amostra de 49 idosos, apenas 34 responderam com sucesso a todos os itens da Escala da Satisfação com a Vida, tendo-se verificado algumas dificuldades por parte de 15 idosos na compreensão de alguns itens. Deste modo, chegámos aos resultados que em seguida iremos apresentar.

**Tabela 24: Estatística Descritiva da Escala de Satisfação com a Vida**

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Instituição 1	Nº Respondentes	17	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Média	3,94	4,33	4,33	4,78	4,67	4,56	4,44	4,33	3,89	4,44
	Desvio-Padrão	1,30	1,14	1,24	0,88	0,97	1,38	1,10	1,33	1,41	1,29
	Mínimo	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1
	Máximo	5	5	5	6	5	6	6	5	6	5
Instituição 2	Nº Respondentes	17	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	Média	3,65	4,33	4,48	4,30	4,33	4,48	4,30	4,22	3,44	4,63
	Desvio-Padrão	1,37	1,18	1,25	1,17	1,21	1,12	1,24	1,42	1,60	0,97
	Mínimo	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
	Máximo	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5
	<b>Média total</b>	<b>3,80</b>	<b>4,33</b>	<b>4,40</b>	<b>4,54</b>	<b>4,50</b>	<b>4,52</b>	<b>4,37</b>	<b>4,28</b>	<b>3,66</b>	<b>4,54</b>

Legenda:

P1- Qual é o seu grau de satisfação relativamente aos objectivos que traçou para a sua vida, ou àquilo que tinha idealizado tornar-se?

P2- Qual é o seu grau de satisfação considerando aquilo que acha que merecia que tivesse acontecido tendo em conta o seu esforço?

P3- Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus familiares (pais, irmãos, irmãs, etc.)?

P4- Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pelos seus amigos e conhecidos?

P5- Qual é o seu grau de satisfação quando compara os objectivos alcançados pela maioria das pessoas na mesma posição que a sua?

P6- Qual é o seu grau de satisfação tendo em conta as suas origens e aquilo que conseguiu alcançar na sua vida (o progresso que fez, as mudanças pelas quais passou, ou o nível de crescimento que sentiu)?

P7- Qual é o seu grau de satisfação quando pensa nas expectativas que tinha para si próprio(a), tendo em conta os meios que tinha, as suas capacidades e os seus pontos mais fracos?

P8- Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que tinha previsto alcançar e aquilo que na realidade alcançou?

P9- Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que sente que já deveria ter alcançado até agora?

P10- Qual é o seu grau de satisfação ao comparar-se com aquilo que considera ser o mínimo que alguém na sua posição deveria ter conseguido alcançar na vida (e deveria ser capaz de alcançar)?

Ao analisarmos o quadro nº 24 relativo à “**Satisfação com Vida**” podemos verificar que as pontuações mínimas oscilam entre o Muito insatisfeito (1) e o Insatisfeito (2) enquanto as pontuações máximas oscilam entre o Muito satisfeito (6) e o Satisfeito (5). A taxa de respostas para nove das dez perguntas foi de 100%. Na pergunta 1 a taxa de respostas é de 94% para a Instituição 1 e de 63% para a Instituição 2, a que corresponde um número de 17 respondentes na instituição 1 (para um universo de 18) e de 17 respondentes na instituição 2 (para um universo de 27). A média em todas as respostas é superior a 4 (5 é a pontuação máxima) em oito das dez perguntas. A excepção verifica-se na pergunta 1 e na 9 em que a média das respostas é inferior a 4 (3,80 e 3,66, respectivamente).

**Tabela 25: Média da Satisfação com a Vida**

Instituição 1		Instituição 2	
Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
4,352	0,986	4,305	0,733
Média: 4,329			
Desvio-padrão: 0,856			

Tendo por base a análise da tabela 25, podemos concluir que não existe diferença entre as médias da satisfação com a vida entre os inquiridos das duas instituições, a instituição 1 apresenta uma média de 4,352 (DP:  $\pm 0,986$ ) e a instituição 2 apresenta uma média de 4,305 (DP:  $\pm 0,733$ ). A média das duas instituições é de 4,329 (DP:  $\pm 0,856$ ).

### 1.1.3. Testagem das Hipóteses

A presente investigação tem como objectivo verificar se confirmam as hipóteses que estabelecemos. Para podermos confirmar as nossas hipóteses verificámos previamente o tipo de distribuição dos nossos dados. Assim utilizámos o teste Shapiro-Wilk<sup>2</sup> para verificar a normalidade dos dados.

**H1 – A institucionalização em lares proximidade contribui para uma maior satisfação com o lar.**

Para verificarmos esta hipótese recorreremos ao coeficiente de correlação de Rho de Spearman. A variável “lares de proximidade” foi operacionalizada através da variável “distância” que foi posteriormente “partida” a partir da média e  $\pm 1$  desvio-padrão. Não se confirma a nossa hipótese na medida em que não existe associação entre as variáveis “distância” e a “Satisfação com o lar”.

<sup>2</sup> Os autores Shapiro e Wilk propuseram um teste de ajustamento específico para a distribuição normal que tem uma melhor performance que o teste Kolmogorov-Smirnov em amostras reduzidas.



**Tabela 26: Satisfação com o lar e institucionalização em lares de proximidade**

Rho de Spearman	“Distância” e “Satisfação com o lar”
Coefficiente de correlação	-0,008
Nível de significância (bilateral)	0,957
N	49

**H2 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante os contactos de familiares.**

Para verificarmos esta hipótese recorremos ao teste não-paramétrico U de *Mann-Whitney*. Recordemos que a satisfação no lar é uma variável de nível de mensuração ordinal e a variável contactos familiares foi dicotomizada em duas categorias (com contactos versus sem contactos). Os resultados apresentados com um nível de significância de 0,933 mostram que as duas distribuições não diferem em tendência central. Embora a média das ordens da satisfação do lar seja mais elevada nos utentes que recebem vistas, tal diferença não é estatisticamente significativa.

**Tabela 27: Satisfação com o lar e contactos familiares**

	Contactos familiares	N	Média das ordens	Somatório das ordens
Satisfação com o lar	Com contactos	4	24,50	98,00
	Sem contactos	45	25,04	1127,00
	<b>Total</b>	<b>49</b>		
Teste U de Mann-Whitney				88,000
Nível de significância (bilateral)				0,933

**H3 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante os contactos de amizade.**

Para verificarmos se existia uma associação entre a satisfação com o lar e os contactos de amizade, recorremos ao teste não-paramétrico U de *Mann-Whitney*. Salientamos que a variável contactos de amizade foi dicotomizada em duas categorias (Sim e Não). Os resultados apresentados com nível de significância (bilateral) de 0,045 sugerem-nos que as duas distribuições diferem ligeiramente em tendência central, verificando-se que a média das ordens da satisfação com o lar é mais elevada nos

utentes que mantêm os seus contactos de amizade do que naquela em que os utentes não recebem visitas. Assim, verifica-se uma associação com significância estatística, pelo que se confirma a hipótese estabelecida.

**Tabela 28: Satisfação com o lar e os contactos de amizade**

	Contactos amizade	N	Média das ordens	Somatório das ordens
Satisfação com o lar	Sim	27	28,11	759,00
	Não	22	21,18	466,00
	<b>Total</b>	<b>49</b>		
Teste U de Mann-Whitney			213,000	
Nível de significância (bilateral)			0,045	

#### **H4 – Existe associação entre a satisfação com o lar e a solidão**

Para verificarmos se existia uma associação entre a satisfação com o lar e o grau de solidão sentido, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Lembramos que a variável “solidão” é uma variável ordinal e foi classificada em 4 categorias (Nunca -1, Raramente -2, Frequentemente -3 e Sempre-4). Os resultados apresentados com sig.: 0,001 indicam-nos que existe uma correlação negativa entre a satisfação com o lar e a solidão. Ou seja as pessoas que apresentam pontuações mais baixas na variável solidão (nunca e raramente) são as pessoas que apresentam pontuações superiores relativamente à satisfação. Assim, verifica-se uma associação com significância estatística, pelo que se confirma a hipótese estabelecida.

**Tabela 29: Satisfação com o lar e solidão**

Rho Spearman's	“Satisfação com o lar” e “Solidão”
Coeficiente de correlação	-0,461(**)
Nível de significância (bilateral)	0,001
N	49

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### **H5 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante a participação dos idosos na opção pela institucionalização**

Para verificarmos se existia diferença entre a satisfação com o lar e a decisão na opção pela institucionalização, recorreremos ao teste não-paramétrico Kruskal Wallis.

Salientamos que a variável “Iniciativa para o Lar” é uma variável de nível de mensuração nominal e foi classificada em 3 categorias (próprio, familiar, hospital). Os resultados apresentados com sig.: 0,117 sugerem-nos que as distribuições não diferem em tendência central. Embora se verifique que a média das ordens da satisfação com o lar é mais elevada nos utentes que entraram no lar por sua própria iniciativa, do que naqueles que entraram por iniciativa de familiares, tal diferença não é estatisticamente significativa. Assim, verifica-se que não existe uma diferença com significância estatística, pelo que se não confirma a hipótese estabelecida.

**Tabela 30: Satisfação com o lar consoante a opção pela institucionalização**

	<b>Iniciativa na procura do lar</b>	<b>N</b>	<b>Média das ordens</b>
Satisfação com o lar	Próprio	25	28,50
	Familiar	21	20,83
	Hospital	3	25,00
	<b>Total</b>	<b>49</b>	
Teste Kruskal Wallis			4,296
Graus de liberdade			2
Nível de significância			0,117

**H6 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante a percepção da saúde.**

Para verificarmos se existia diferença entre a satisfação com o lar e a percepção da saúde, recorreremos ao teste não-paramétrico Kruskal Wallis. Salientamos que a variável “percepção da saúde” é uma variável de nível de mensuração ordinal e foi classificada em 4 categorias (Muito boa, boa, regular, má). Os resultados apresentados com sig.: 0,204 sugerem-nos que as distribuições não diferem em tendência central. Verificando-se, no entanto, que a média das ordens da satisfação com o lar é mais elevada nos utentes que têm uma percepção da saúde regular, do que nas outras categorias, tal diferença não é significativa. Assim, verifica-se que não existe uma diferença com significância estatística, pelo que se não confirma a hipótese estabelecida

**Tabela 31: Satisfação com o lar consoante a percepção da saúde**

	<b>Iniciativa na procura do lar</b>	<b>N</b>	<b>Média das ordens</b>
Satisfação com o lar	Boa	6	24,00
	Regular	21	28,60
	Má	22	21,84
	<b>Total</b>	<b>49</b>	
Teste Kruskal Wallis			3,183
Graus de liberdade			2
Nível de significância			0,204

### **H7 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante a tipologia dos quartos**

Para verificarmos se existia uma diferença entre a satisfação com o lar e a tipologia dos quartos, recorreremos ao teste não-paramétrico Kruskal Wallis. Salientamos que a variável “tipologia dos quartos” foi classificada em 5 categorias (Individual, casal, duplo, triplo e quádruplo). Os resultados apresentados com sig.: 0,161 sugerem-nos que as distribuições não diferem em tendência central, verificando-se que a média das ordens da satisfação com o lar é mais elevada nos utentes que residem em quartos duplos, seguida dos que residem em quartos triplos, do que naqueles que residem em quartos individuais. Assim, verifica-se que não existe uma associação com significância estatística, pelo que se não confirma a hipótese estabelecida.

**Tabela 32: Satisfação com o lar consoante a tipologia dos quartos**

	<b>Tipologia dos quartos</b>	<b>N</b>	<b>Média das ordens</b>
Satisfação com o lar	Individual	4	23,00
	Casal	3	10,83
	Duplo	25	27,10
	Triplo	16	23,38
	<b>Total</b>	<b>48</b>	
Teste Kruskal Wallis			5,158
Graus de liberdade			3
Nível de significância			0,161

**H8 – Existe uma associação positiva entre a percepção dos residentes relativamente à política institucional no que concerne a determinadas posses ou comportamento e a satisfação no lar**

Para verificarmos se existia diferença entre a satisfação com o lar e a percepção dos residentes relativamente à política institucional no que respeita a determinadas posses ou comportamentos, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Salientamos que a variável “percepção dos residentes relativamente à política institucional” é uma variável de nível de mensuração ordinal e foi classificada em 4 categorias (1- encorajado, 2- permitido, 3- desencorajado e 4- intolerável). Os resultados apresentados sugerem-nos que a associação entre as variáveis é fraca. Ou seja não se confirma a hipótese estabelecida.

**Tabela 33: Satisfação com o lar e a percepção dos residentes relativamente à política institucional no que concerne a determinadas posses ou comportamentos**

Rho Spearman's	“Satisfação com o lar” e “política institucional”
Coeficiente de correlação	-0,010
Nível de significância (bilateral)	0,947
N	49

**H9 – A satisfação relativamente ao lar varia consoante a participação dos idosos em actividades sociorecreativas;**

Para verificarmos se existia diferença entre as médias das ordens na satisfação com o lar consoante a participação dos utentes em actividades sociorecreativas, recorreremos ao teste não-paramétrico U de *Mann-Whitney*. Lembramos que a variável “participação em actividades sociorecreativas foi classificada em duas categorias (Sim ou Não). Os resultados apresentados com sig.: 0,029 indicam-nos que as duas distribuições diferem em tendência central, verificando-se que a média das ordens da satisfação com o lar é mais elevada nos utentes que participam nas actividades sociorecreativas da instituição do que naquela em que os utentes não participam. Assim, verifica-se uma diferença com significância estatística, pelo que se confirma a hipótese estabelecida.

**Tabela 34: Satisfação com o lar e a participação em actividades sociorecreativas**

	Participação em actividades sociorecreativas	N	Média das ordens	Somatório das ordens
Satisfação com o lar	Sim	25	28,82	720,50
	Não	24	21,02	504,50
	<b>Total</b>	<b>49</b>		
Teste U de Mann-Whitney			204,500	
Nível de significância (bilateral)			0,029	

**H10 – Existe uma associação positiva entre a satisfação com a vida e a satisfação com o lar.**

Para verificarmos se existia associação positiva entre a satisfação com a vida e a satisfação com o lar, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Os resultados apresentados 0,122, com um nível de significância de 0,492 sugerem-nos que a correlação é fraca e estatisticamente não significativa.

**Tabela 35: Correlação entre a variável “satisfação com a vida” e a variável “satisfação com o lar”**

Rho Spearman's	“Satisfação com o lar” e “Solidão”
Coeficiente de correlação	0,122
Nível de significância (bilateral)	0,492
N	34

## 2 - Discussão dos Resultados

Apresentados os resultados do nosso estudo, prosseguimos para a fase que respeita à sua discussão e apreciação crítica, tendo por referência o enquadramento teórico desenvolvido no início deste trabalho. Iniciamos a discussão dos resultados reflectindo os resultados obtidos a partir da nossa questão seminal “satisfação com o lar”, passando seguidamente para a discussão teórica das nossas hipóteses de trabalho e dos resultados obtidos pela aplicação da Escala de Satisfação com a Vida de Meadow.

No nosso estudo verificámos que 61,2% dos idosos institucionalizados permaneciam satisfeitos com a sua residência no lar, seguidos de 16,3% que se encontravam muito satisfeitos. Assim, podemos concluir que os nossos resultados estão em consonância com os dados obtidos pelo estudo da Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (DGEEP) do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) (2007) que tinha por objectivo obter uma percepção dos utentes sobre a qualidade, a adequação e a satisfação em lares de idosos, o qual indicava que cerca de 75,4% dos inquiridos referiu estar “muito satisfeito” com a resposta social que frequenta, representando as apreciações negativas de apenas 1% daqueles que referem estar “pouco satisfeitos”.

No nosso estudo, os motivos que explicam a satisfação com o lar ancoram essencialmente na satisfação das necessidades biológicas. A este propósito invocamos Daniel (2005: 253) “[a]s suas vidas pretéritas, na grande maioria, começam com uma infância difícil, com muitas carências e muito trabalho, e uma adultidade na mesma linha: “*a minha vida foi só trabalho*”. Apesar de, em numerosas biografias, ressaltar o trabalho árduo, este, muitas vezes, não permitia sequer a satisfação de necessidades fisiológicas: “*passsei fome, passei muita fome*”. Quando questionados sobre “*Como se sente com a sua residência no Lar?*” alguns dos discursos são reveladores:

*“Sinto-me bem, porque dão-me comer à hora, lavam-me a roupa à hora, durmo numa cama sozinho ... e depois há outra coisa, de manhã as mulheres vão-me preparar, lavam-me, preparam-me aqui para a sala e ... estou tranquilo!”* (Questionário 22).

*“Sinto-me melhor, porque tenho o comer melhor, ando assim mais limpa e aqui é outra coisa e eu gosto de cá estar”* (Questionário 13).

*“Sinto-me bem. Olhe, comerzinho com fartura, graças a Deus ... temos faturinha de comer ... e dou-me bem com toda a gente. O que é que eu preciso mais? Se é preciso médico, temos médico à Segunda e à Quinta-feira. Se há alguma coisa que a gente sinta no nosso corpo, vamos ter com os enfermeiros que eles dão-nos uma solução. Quer dizer, sinto-me bem, porque em casa não tinha este apoio, não tinha lá ninguém!”* (Questionário 1).

Apesar de os nossos inquiridos serem maioritariamente naturais do concelho onde o lar se localiza (79,8%), de habitarem a menos de 10 Km da sua antiga residência (46,9%), não fazem, maioritariamente, visitas ao domicílio anterior (51%). Apesar de não fazerem visitas ao seu domicílio anterior os seus discursos deixam antever a importância destes espaços. As verbalizações de alguns inquiridos são exemplo do quão difícil foi o corte com a residência habitual de vida e de como ainda se mantém latente o sofrimento visível quando questionados sobre *“Como se sente com a sua residência no lar?”*:

*“Não me sinto bem porque eu gostava de estar em minha casa, senhor! A minha casa é que era o ideal. Mas infelizmente tenho que cá estar. Então para onde é que eu vou? Eu podia estar em casa. Mas tinha que ter um enfermeiro para lhe ver as diabetes de manhã e à noite (referia-se à esposa), a insulina a mesma coisa ... de maneira que vim para aqui. Vim para aqui, deixei lá tudo, as minhas terrinhas, o meu quintal que lá tenho todas as qualidades de fruta...”* (Questionário 9).

Outro testemunho:

*“A gente aqui sentimo-nos bem e sentimo-nos mal, porque não estamos em nossas casas, porque em nossa casa são outras coisas, não é?”* (Questionário 5).

*“Aqui não se pode ter melhorias. Se a gente estava habituada a ter o nosso lar, a nossa casinha, a nossa família, os nossos amigos a toda a hora...”* (Questionário 16).

Concluimos, deste modo, que o processo de apropriação, de ligação, de identidade, de livre arbítrio e de controlo para com aquele que é o novo lar é um



processo que requer um árduo esforço de adaptação e de familiaridade por parte do idoso que sofre de institucionalização. As afirmações de alguns deles são disso uma evidência:

*“Quero-me habituar, mas ainda não consegui, não vale a pena mentir”*  
(Questionário 16).

Um dos factores que pretendíamos explorar no nosso estudo era se a institucionalização em lares de proximidade estava relacionada com a satisfação com o lar na medida em que a proximidade dos lares à residência constitui, segundo um inquérito promovido pela Carta Social (2005), um dos principais motivos para a escolha do lar de idosos. Não só pelo facto de se tratar de um possível indicador de manutenção das relações sociais (familiares, amizade, etc.), mas principalmente pela possibilidade que a institucionalização em lares de proximidade traria em termos da continuidade da ligação ao quadro de referências afectivas e simbólicas. Assim, relativamente à primeira hipótese *“A institucionalização em lares de proximidade contribui para uma maior satisfação com o lar”* verificámos que não é confirmada, não existindo pois uma relação entre a institucionalização em lares de proximidade e a satisfação com o lar. Ou seja, verificou-se que a satisfação com o lar estava presente não só nos inquiridos que residiam próximo da sua residência, como também naqueles que residiam afastados. A infirmação desta hipótese poderá ser reforçada pela análise da tabela 16 (contactos com o exterior), através da qual verificamos que 51% da amostra raramente ou nunca sai da instituição para ir visitar o seu domicílio anterior, situação idêntica ao nível das saídas para visitar familiares, amigos ou vizinhos.

Quanto à segunda hipótese *“a satisfação relativamente ao lar varia consoante os contactos familiares”* constatámos que não existe diferença no valor médio dos números de ordem das classificações da satisfação dos idosos com o lar consoante os contactos familiares. Pela análise da tabela 16 observámos que a maioria da população idosa inquirida tem contactos familiares. Os resultados relativos à frequência dos contactos familiares são também consonantes com os resultados obtidos pelo inquérito realizado pela Carta Social, que conclui que a grande maioria das pessoas em situação de dependência residente nos lares seleccionados tem uma relação regular com a família, sendo praticamente ausente a percentagem de utentes que perderam totalmente

os laços familiares. Apesar da satisfação com o lar não apresentar diferença significativa consoante os contactos familiares partilhamos da tese que uma relação regular com a família poderá constituir um ponto de “ancoragem” importante para a estabilidade emocional dos idosos, na medida em que significam demonstrações de afecto, interesse, preocupação e responsabilização, contribuindo para a conservação e a continuidade dos vínculos formados ao longo da vida (Perlini *et al.*, 2007).

Relativamente à hipótese “*a satisfação com o lar varia consoante os contactos de amizade*” pudemos observar que existe diferença no valor médio dos números de ordem das classificações da satisfação dos idosos com o lar consoante os contactos de amizade. Pela análise da tabela 16, podemos verificar que 55,1% dos inquiridos consegue ainda manter os contactos com a sua rede de amizades e que são essas pessoas que apresentam maior ordem média de satisfação com o lar

A manutenção dos laços de amizade poderá constituir uma das dimensões importantes no bem-estar dos idosos institucionalizados, na medida em que é uma dimensão à qual poderá estar associada a manutenção de interações sociais e envolvimento em actividades de lazer. Para compreender a influência das relações de amizade no bem-estar, Larson *et al.* (1986) pediram auto-relatos das experiências imediatas que os idosos tinham com os amigos e concluíram que as actividades de lazer surgem com maior frequência entre a rede de amizades do que no âmbito das redes de apoio familiar porque “a interacção com os amigos tinha qualidades únicas, que facilitavam o transcender a rotina e a realidade do dia-a-dia, facilitando situações de libertação, reciprocidade positiva, que provocavam divertimento e trocas subjectivas significativas” (citados em Paúl, 1997: 109).

Paúl acrescenta ainda que “as amizades são uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e protecção contra o mundo” (1997: 109) e que a proximidade física acaba por ser um aspecto importante no fomento de novas amizades e na manutenção das antigas. Segundo Stanislav V. Kasl (1972), citando os estudos de Rosenberg (1967) e de Rosow (1967), a distância geográfica aparece como uma forte determinante na frequência dos contactos familiares e de amizade, evidenciando a existência de uma forte dependência entre a proximidade física e a frequência dos contactos de amizade. Outros autores verificaram que a distância

geográfica não é preditiva da frequência dos contactos salientando que Constança Paúl (1997) considera também que a existência de redes sociais de apoio é um aspecto essencial da vida dos idosos e decisivas no sentimento de bem-estar físico e psicológico dos indivíduos em contexto institucional.

Quanto à hipótese 4 “*Existe uma correlação entre a satisfação com o lar e a solidão*” constatámos a existência de uma associação entre estas duas variáveis, ou seja as pessoas que nunca e raramente se sentiam sós são, de facto, as pessoas mais satisfeitas, tendo-se confirmado a hipótese estabelecida.

Segundo Paúl (1997), a solidão é uma condição emocional que deriva da inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio e que pode determinar consequências ao nível da saúde física e psicológica dos indivíduos. Num estudo desenvolvido junto de idosos residentes em instituições e em comunidade, a autora concluiu que no grupo de residentes em lares o sentimento de solidão é maior, na medida em que se encontram afastados das suas redes sociais de apoio.

No nosso estudo, pudemos verificar que a grande maioria dos idosos inquiridos não se sente abandonada no lar, como também refere nunca ou raramente se sentir só, mantendo contactos sociais. Os contactos sociais que estabelecem são momentos de relação importantes para os idosos, contribuindo para a manutenção de uma vida social interna e externa e para a diminuição de sentimentos de abandono e solidão. Esta constatação leva-nos a depreender que a existência destas interações sociais pode exercer uma influência importante no sentimento de satisfação com a residência no lar e no bem-estar geral dos idosos. Também Pimentel (2005) identifica, no seu estudo, a importância da manutenção destas relações sociais com os amigos e familiares, como forma de evitar o isolamento em relação ao espaço exterior. No seu estudo, a autora constatou que, no caso dos idosos institucionalizados, os contactos ocorrem essencialmente fora do espaço institucional, concluindo não existir isolamento daqueles em relação à sua rede de parentesco. Os idosos continuam a manter interações e trocas frequentes com alguns dos seus familiares, seja através de visitas regulares ou por convite destes para datas festivas, passeios, etc.

Também Paúl (1992), no seu estudo realizado junto de 130 idosos a residir quer na comunidade quer em lares, concluiu que o sentimento de solidão aparece como o

principal indicador que interfere negativamente na satisfação de vida, independentemente do contexto em que ele vive. No nosso estudo existe igualmente associação com a vida e a solidão, sendo essa associação significativa ao nível de 0,05. Segundo Paúl (1991) este indicador apresentou maior expressão entre os idosos analfabetos pelas dificuldades que têm em aceder à informação, tanto escrita como falada, e por conseguinte, em aceder a uma gama mais variada de interesses, nomeadamente relacionados com o lazer, interesses esses que constituíram novas fontes de satisfação.

Relativamente à hipótese 5 “*A satisfação relativamente ao lar varia consoante a participação dos idosos na opção pela institucionalização*” constatámos que não existe diferença no valor médio dos números de ordem das classificações da satisfação dos idosos com o lar consoante *a participação dos idosos na opção pela institucionalização*, não se tendo confirmado a hipótese estabelecida. No entanto, embora se verifique que a média das ordens da satisfação com o lar é mais elevada nos utentes que entraram no lar por sua própria iniciativa, do que naqueles que entraram por iniciativa de familiares, tal diferença não é, no entanto, estatisticamente significativa.

Pela análise da tabela 17, concluímos que foi, maioritariamente, dos inquiridos que partiu a iniciativa para a institucionalização, seguida da iniciativa dos familiares. Num estudo realizado por Bazo (1991), junto de pessoas idosas institucionalizadas de Viscaya, a autora concluiu também que a maior parte das pessoas entrevistadas ingressaram na instituição por sua própria vontade, o que constitui um factor importante para o processo adaptativo. Tendo em conta os dados obtidos, podemos considerar que, neste estudo, a opção para a institucionalização foi do tipo preferencial, embora as respostas à questão se “*A institucionalização fazia parte dos seus objectivos de vida?*” indicassem que, a maioria dos inquiridos, nunca havia vislumbrado a possibilidade de ingressarem no lar. A entrada para o lar terá sido, pois, fortemente condicionada por factores alheios à vontade dos idosos (de salientar que, neste estudo, os motivos principais que estiveram na base da decisão para a institucionalização prenderam-se, sobretudo, com problemas de saúde, seguido do deficiente suporte familiar), embora os respondentes tenham indicado que foi por sua iniciativa.

Liliana Sousa e colaboradores (2006) consideram que o processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico, na medida em que os idosos tiveram tempo para antecipar e prever a mudança. O estudo de Bazo (1991) é disso um bom exemplo. Neste estudo, os idosos entrevistados evidenciaram que dificilmente regressariam ao seu modo de vida anterior, evidenciando preferir viver na instituição do que estar com a sua família e admitir que a sua situação actual se encontra melhorada comparativamente à que levavam antes da institucionalização.

No que respeita à hipótese 6 “*A satisfação relativamente ao lar varia consoante a percepção da saúde*” constatámos que não foi confirmada, não havendo, por isso, diferença no valor médio dos números de ordem das classificações da satisfação dos idosos com o lar consoante a percepção do estado de saúde. Apesar de termos verificado a predominância de uma má percepção da saúde por parte dos inquiridos residentes nos lares seleccionados (44,9%) - principal motivo que, no nosso estudo, desencadeou a entrada para o lar - podemos constatar que esta variável (auto-percepção da saúde) não parece interferir com a satisfação com o lar. No entanto, os problemas de saúde constituem um dos motivos de sofrimento físico podendo constituir um dos factores mais importantes no declínio da actividade que conduz, inevitavelmente, à dependência.

Barenys ao evidenciar um trabalho comparativo de Myles junto de idosos canadenses, quanto à percepção que os mesmos apresentam em termos de saúde, refere que as pessoas institucionalizadas não têm uma imagem de *diminuídas*. Myles reforça a ideia de que, apesar da saúde dos idosos que residem em residências estar objectivamente mais deteriorada, eles possuem, comparativamente aos que não estão institucionalizados, uma imagem mais positiva do seu estado, considerando-se menos doentes e menos diminuídos do que os não institucionalizados. A tese de Myles segue no sentido de que a residência numa instituição melhora a percepção que o idoso tem do seu estado de saúde e, por este motivo, correlacionando esta variável com a da satisfação de vida, conclui-se que viver numa instituição conduz a uma maior satisfação de viver porque os idosos acabam por ter uma percepção positiva do seu estado de saúde (Barenys: 1993).

Barenys, ao evidenciar como tela de fundo a abordagem goffmaniana da institucionalização, que defende que a burocratização do meio organizacional constitui

um obstáculo à autonomização do idoso (em virtude do exercício de controlo que é realizado sobre este), lança a proposta de que este aspecto é de extrema relevância para avaliar a “satisfação de vida” como a impressão subjectiva do sentimento de boa saúde. Ou seja, a autora contra-argumenta a teoria de Myles afirmando que, enquanto não se proceder a um cruzamento dos aspectos evidenciados por Myles com os aspectos específicos de Goffman, será prematuro comunicar uma visão optimista do internamento residencial apenas tendo como base a impressão que os idosos manifestam entre a melhoria do estado de saúde e aquela que na realidade apresentam (Barenys, 1993: 167).

Relativamente à hipótese 7 “*A satisfação relativamente ao lar varia consoante a tipologia dos quartos*” podemos constatar que não foi confirmada, não existindo diferença significativa na *satisfação com o lar consoante a tipologia dos quartos*. Ou seja, o facto da maior parte da população inquirida residir em quartos duplos (51,0%) e em quartos triplos (32,7%), tal situação não é determinante no sentimento de satisfação com o lar. No entanto, segundo Fernanda Daniel, o facto de os idosos terem de partilhar o mesmo quarto provoca divergências, cujos resultados levam a que “muitos dos residentes discutam entre si, queixando-se de falta de solidariedade e de invasões, reais ou imaginárias, do seu espaço próprio” (2006: 104). Esta partilha do espaço primário<sup>3</sup> reflecte-se, normalmente, de forma negativa, sob o ponto de vista, físico ou material e simbólico ou emocional, causando, frequentemente, situações de conflitualidade. A questão importante, para a autora, é que “se os quartos reflectirem, ao nível da tipologia, as necessidades dos residentes e se as práticas organizativas potencializarem o controlo do espaço por quem o habita – detendo o residente um papel deliberativo sobre a utilização do seu próprio quarto – a adaptação será facilitada e as expectativas positivas e os sentimentos de auto-estima e eficácia serão incrementados”. Também Joana Guedes (2008) argumenta que a ausência de espaços privados e de “territórios do eu” (citando Goffman, 1996), que cumpram a função de “espaços-refúgio” constituem um

---

<sup>3</sup> Altman (1975) propõe a distinção entre território primário, secundário e público. Os territórios primários, nesta classificação, são de utilização exclusiva do próprio indivíduo, controlados numa base relativamente permanente e possuem um papel central na vida quotidiana do(s) seu(s) ocupante(s). Para Altman, o comportamento territorial, além de regular fronteiras pressupõe determinados mecanismos como a personalização e a defesa. Enquanto que a personalização é constante, a defesa é variável, dependendo do facto de ocorrerem ou não violações do território (citado em Daniel, 2006: 103).

dos entraves no processo de adaptação inicial dos residentes. A ausência ou a perda destes espaços individuais constituem, assim, um dos factores fundamentais que se repercutem de forma negativa no processo de institucionalização “como experiência de desenraizamento, perda de identidade pessoal e privacidade, constituindo uma expressão particularmente marcada do que Erwin Goffman (1992: 24) designa a ‘mortificação’ do Eu” (Daniel, 2006: 108)

Relacionada com esta problemática dos quartos, enquanto espaços primários privilegiados de intimidade e de privacidade, está a escolha da política institucional, a qual considerámos que poderia condicionar a satisfação dos idosos relativamente ao lar. No entanto, tivemos oportunidade de verificar que esta hipótese (“*Existe uma associação positiva entre a percepção dos residentes relativamente à política institucional no que concerne a determinadas posses ou comportamento e a satisfação no lar*”) não apresentou significância estatística, não existindo pois uma relação entre uma percepção positiva da política institucional e a satisfação com o lar.

Tendo por base a análise do quadro 22, podemos constatar que existem diferenças significativas entre as duas instituições, no que respeita à percepção dos residentes relativamente à política institucional atinente a determinadas posses e comportamentos, verificando-se que a instituição 1 apresenta uma política institucional mais flexível ao atendermos ao número de itens permitidos e encorajados do que a instituição 2. Verificámos também que a maior percentagem dos inquiridos reside em quartos duplos e em quartos triplos, tendo-se constatado que na instituição 2 não existem sequer quartos individuais. Acreditamos assim que esta configuração dos espaços, que conduz a uma necessária convivência partilhada, possa exercer uma forte influência na percepção dos utentes relativamente à adopção de determinadas posses, nomeadamente no que respeita à possibilidade dos mesmos se fazerem acompanhar de bens ou objectos pessoais, que proporcionem conforto e mantenham o sentido de identidade pessoal ou até mesmo, em determinados comportamentos de reserva da intimidade e privacidade. A este respeito, Fernanda Daniel observou que, quando individuais ou de casal, os quartos constituem-se como territórios primários, onde os residentes podem personalizar e controlar o acesso, o que lhe proporciona uma capacidade de manutenção de fronteiras de identidade pessoal em relação ao ‘outro’. No nosso estudo devemos evidenciar, no entanto, que o controlo que possa ser exercido

pelas políticas institucionais e a forma como estas poderão influenciar a percepção dos utentes relativamente à adopção de determinadas posses ou comportamentos, depende da forma da configuração dos espaços. Por exemplo, no nosso estudo constatámos que, comportamentos como “*fechar a porta do próprio quarto*”, “*fechar à chave a porta do próprio quarto*”, “*ter a sua própria mobília no quarto*” apenas eram permitidos em quartos de tipologia individual ou de casal, sendo comportamentos desencorajados em quartos duplos, triplos ou nos quádruplos, precisamente por serem de utilização partilhada.

“A personalização<sup>4</sup> permite aos residentes afirmar ‘sentimentos de controlo, reflectidos em experiências de competência e domínio, reforçando a identidade pessoal ao mesmo tempo que comunica valores e estilo de vida, viabilizando o estabelecimento de redes sociais’ (Kinney *et. al.*, 1985: 194, citado em Fernanda Daniel, 2006: 103). Apesar da importância destes aspectos na satisfação com a vida no lar, não se verificou que, no nosso estudo, houvesse interferência com a satisfação dos residentes nos 2 lares seleccionados.

Quanto à hipótese 9 “*A satisfação relativamente ao lar varia consoante a participação dos idosos em actividades sociorecreativas*”, podemos também observar a existência de uma associação positiva entre estas duas variáveis. Através da análise do quadro 23, podemos verificar que 51% dos idosos inquiridos participa em alguma actividade organizada pela instituição, enquanto 49% respondeu negativamente. De salientar que, em ambas as instituições, havia a preocupação em oferecer um leque variado de actividades, desde actividades físicas, actividades sociorecreativas, culturais, religiosas, etc.

A actividade é um dos aspectos fundamentais do bem-estar dos idosos e na manutenção das suas capacidades. Jacob (2007) considera que as actividades de animação permitem aceder a uma vida mais activa e criativa constituindo um estímulo à

---

<sup>4</sup> As marcas de personalização referem elementos que permitem fornecer um carácter pessoal ao espaço e delimitar zonas próprias, servindo como indicadores de território e para manter uma distância interpessoal. ‘A personalização será o resultado do comportamento territorial de um sujeito ou colectivo enquanto ocupam, defendem e experimentam um forte sentido de identificação e pertença com o espaço. [...] [Desta forma], transforma-se o espaço usando objectos ou elementos, como indicadores ou símbolos da personalidade (real ou desejada). Assim se demarca ou delimita um espaço pessoal que se usa como protecção para controlar as interacções não desejada; o mesmo é dizer, dispor de intimidade ou privacidade’ (Brower 1980 ap. Pol 1996: 15, citado em Fernanda Daniel, 2006).



vida mental, física e psíquica das pessoas idosas. Segundo o autor, vários estudos comprovam que os idosos institucionalizados têm uma auto-estima mais baixa do que aqueles que vivem em casa própria, apontando que uma das razões que poderá estar na base de tal situação poderá residir na pouca actividade proporcionada pelos lares junto dos idosos. Para corroborar esta análise, o autor convoca um estudo realizado em Bragança, que indicou que os idosos se sentem mais infelizes em lares que não têm uma estrutura de animação estabelecida (ESSB, 2007). Também Pimentel constatou que as actividades de animação e recreio ocupam um lugar importante no quotidiano dos idosos institucionalizados, uma vez que as mesmas proporcionam momentos de lazer, incentivam o desenvolvimento das relações interpessoais e permitem o desenvolvimento de novos interesses. No entanto, também verificou que, a nível institucional, “as actividades de ocupação são mais limitadas, uma vez que o espaço é partilhado e organizado segundo normas e esquemas de trabalho que nem sempre se compadecem com o ritmo, necessariamente mais lento, dos idosos” (2005: 90). Se alguns idosos ainda conseguem dar continuidade ou descobrir actividades que lhes restituam o sentimento de continuidade e utilidade social permitindo-lhes a construção de uma vivência satisfatória em lar, uma grande maioria remete-se para uma postura de inactividade e passividade, preferindo, muitas vezes, permanecer na sala de convívio a ver televisão, a conversar ou simplesmente a dormir, ou até mesmo, preferindo a privacidade dos seus quartos (Pimentel, 2005; Guedes, 2008).

Por outro lado, outro aspecto importante reside na dificuldade que muitos idosos apresentam em adaptar-se a outras actividades que não sejam do âmbito das suas experiências pessoais. Tal situação dá origem a atitudes de renitência em colaborar em algumas iniciativas devidas às representações negativas acerca da sua participação em actividades consideradas desadequadas à sua situação (salienta-se o facto de, no nosso estudo, cerca de 20,5% dos idosos considerarem o plano de actividades institucional desadequado à sua situação).

No capítulo anterior abordámos que o estudo da satisfação de vida tem tido alguma expressão na história da investigação na gerontologia social. Contudo os resultados das várias investigações estão longe de ser conclusivos. Vários investigadores vêem uma ligação entre o envelhecimento e a diminuição do bem-estar

subjectivo devido às perdas psicológicas, sociais e físicas que acompanham a transição para a velhice.

Uma das principais questões que os investigadores actualmente colocam consiste em saber o que é que causa satisfação de vida, ou, porque é que algumas pessoas se sentem mais satisfeitas do que outras. Lawton (1983) sugere que uma incapacidade séria, física ou mental, pode constituir-se como uma ameaça à satisfação de vida em qualquer idade e, em particular, na velhice, na medida em nesta fase da vida os recursos pessoais e sociais que a pessoa tem ao seu alcance para lidar com tal(is) incapacidade(s) são menores. (cit. em Fonseca: 2006).

Para Paúl (1992) o sentimento de solidão nos idosos acaba por estar também directamente relacionado com a falta de objectivos de vida: “Sem objectivos de vida para realizar e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina o mais das vezes penosa e solitária, ou se sentiam acompanhados por algum Deus ou se sentiam irremediavelmente sós a cumprir um destino inexorável”. No entanto, “nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o permitia, os idosos, mesmo vivendo sós, mantinham-se satisfeitos com a vida” (Paúl, 1992: 78).

Podemos assim dizer que a existência de objectivos de vida constitui uma das bases principais para a satisfação de vida e, enfim, para um envelhecimento bem sucedido (Fonseca, 2006). Também nesta linha de análise, António Simões (2006) refere-se à importância da existência de metas pessoais para alcançar o bem-estar subjectivo. No entanto, o alcance deste objectivo (bem-estar) depende do grau de empenhamento dos indivíduos e de condições favoráveis para atingir as metas, ou seja, “não basta ao indivíduo aplicar-se seriamente na prossecução das metas fixadas: é ainda necessário acreditar que as circunstâncias lhe são favoráveis” (Simões, 2006: 121).

No nosso estudo procurámos investigar o grau de satisfação com a vida entre os idosos institucionalizados. Os dados obtidos através da aplicação da escala de satisfação com a vida (Meadow) indicam-nos que os idosos inquiridos, apesar de institucionalizados, manifestam-se entre moderadamente satisfeitos a satisfeitos com as suas vidas.

Se a satisfação com a vida é um constructo que, segundo Paúl (1992), tem em conta uma avaliação que reflecte a discrepância entre as aspirações e as realizações, ou, segundo Caspi e Elder (1986, citados em Fonseca: 2006), um constructo que remete para uma avaliação que reflecte uma comparação entre as aspirações iniciais dos indivíduos e aquilo que foi realmente alcançado (balanço entre os objectivos previstos e as metas alcançadas), então estes resultados merecem que façamos uma análise teórica sobre o que torna estes indivíduos satisfeitos com as suas vidas, atentando ao contexto societário em que viveram. Deste modo, uma análise sociodemográfica dos nossos inquiridos torna-se pertinente para compreendermos alguns dos constrangimentos ao nível da aplicação da Escala de Satisfação com a Vida, nomeadamente na compreensão por parte dos inquiridos relativamente aos itens que a constituem.

Assim, analisada a categoria etária dos inquiridos, estamos perante uma população bastante idosa (idade média de 79,82 anos), principalmente numa das instituições seleccionadas onde predomina o maior número de pessoas com idades superiores a 85 anos. Relativamente a este aspecto, podemos afirmar que são pessoas que nasceram entre as décadas de 1920 a 1930 e que viveram todo o período correspondente ao Estado Novo, um período caracterizado por uma pobreza generalizada.

Apesar da maioria dos inquiridos ser detentor do nível de instrução ou habilitações académicas correspondente à “Instrução Primária Completa”, não deixa de ser importante a percentagem de analfabetos. Segundo os resultados do 7.<sup>a</sup> Recenseamento Geral da População 67,8% dos indivíduos não sabiam ler nem escrever (67,8), no entanto se ao número total de analfabetos se abaterem o número de menores com 7 anos que não sabem ler, o número total de analfabetos com mais de 7 anos é de 54,9%.

O analfabetismo era uma realidade vista com algum entusiasmo por parte dos salazaristas porque “o Estado Novo não esquecia que a sua existência dependia em larga medida de um campesinato católico e analfabeto” (Mónica, 1977: 333). Por outro lado, para os camponeses, a instrução era considerada “um luxo de privilegiados, não uma necessidade do povo trabalhador, que precisava acima de tudo da ajuda dos filhos a fim de contribuir para a manutenção de uma precária economia familiar” (Mónica, 1980:

504). Mandar os filhos à escola correspondia pois a uma descida do nível de vida familiar, sendo normal assistir-se, desde cedo, à colocação das crianças no desempenho das tarefas rurais e domésticas. A principal preocupação dos pais pobres, no Portugal de 1930, consistia antes em assegurar a sobrevivência física dos filhos do que enviá-los para a escola (uma vez que os benefícios futuros seriam incertos e difíceis de atingir). Saber ler e escrever não era pois entendido como sinónimo de ascensão na escala social, mas sim considerado de alguma inutilidade na medida em que a progressão social dependia em muito do estatuto herdado pelo nascimento.

Portugal no Estado Novo mantém uma agricultura tradicional em que cerca de metade da população activa trabalhava no campo. Os dados recolhidos junto da nossa amostra demonstram essa realidade. Quase metade da população inquirida (46,9%) teve como profissão a de trabalhador rural, seguindo-se com alguma importância a categoria profissional das domésticas e das empregadas domésticas (“criadas de servir”).

Uma parte considerável da nossa amostra não teve outra aspiração senão render-se à prossecução de profissões muito idênticas às exercidas pelos seus ascendentes ou antepassados, como sejam as profissões agrícolas e domésticas. Mesmo os que tivessem a possibilidade de frequentar a escola, para além de aprenderem a saber ler, escrever e contar, eram submetidos a uma boa dose daquilo que eram as linhas fundamentais da política educacional defendidas pelo regime, ou seja, a aprendizagem de cursos ligados aos trabalhos manuais e agrícolas, para os rapazes, e de actividades domésticas para as raparigas. Os trabalhos manuais destinavam-se a fornecer ao país bons trabalhadores agrícolas, bons carpinteiros, bons alfaiates, enfim, uma mão-de-obra especializada. Quanto às raparigas, para além de terem que trabalhar no campo, era-lhes também exigida a educação e o acompanhamento dos filhos, estando também completamente subordinadas aos homens. Para estas a escola primária constituía um veículo importante de ensino dos trabalhos domésticos, tais como “auxiliar as suas mães nos trabalhos caseiros ou substituí-las na sua ausência, abrindo-lhes o caminho de se tornarem excelentes donas de casa que saibam cozinhar, fazer barrela (sic), olhar pelo asseio da casa, talhar, coser, conservar e consertar as peças do vestuário da família e que não desconheçam o valor da higiene” (Decreto-Lei nº 16077, de 26 de Outubro de 1928, citado em Mónica, 1973: 492).

A escola do Estado Novo era assim, usada como uma forma de fixação da população rural, impedindo que os indivíduos alfabetizados emigrassem para as grandes cidades: “a terra era descrita como «mãe» e «maior amiga», a vida rural imaginada como um exercício de solidariedade e uma feliz sequência de rotinas simples e saudáveis que a cidade para sempre destruiria” (Mónica, 1973: 487).

Entendemos então que a população inquirida viveu numa sociedade extremamente pobre e atrasada, onde ter aspirações e possibilidades de as concretizar era um privilégio apenas de alguns. Daí que, no que respeita à pergunta 1 da Escala de Satisfação com a vida “*Qual é o seu grau de satisfação relativamente aos objectivos que traçou para a sua vida, ou àquilo que tinha idealizado tornar-se?*”, dos 45 inquiridos que responderam à escala, apenas 34 responderam a esta pergunta. Os 15 inquiridos que não responderam referiram não ter traçado objectivos de vida, talvez pelo facto das suas condições de vida não lhes terem sido favoráveis à idealização de projectos de vida diferentes dos trajectos de vida dos seus ascendentes ou antepassados, como já atrás realçámos. Daí as dificuldades na aplicação desta escala, principalmente nesta pergunta em que a ausência de idealização de projectos de vida inviabilizou a determinação do grau de satisfação daqueles 15 inquiridos. No respeitante aos 34 respondentes, constatámos que se manifestaram entre algo insatisfeitos (média: 3,64 na instituição 2) e algo satisfeitos (média: 3,94 na instituição 1) relativamente aos objectivos e aos ideais que traçaram para a sua vida, um resultado que poderá ter algum significado num contexto em que as condições eram desfavoráveis à idealização projectos de vida. Para os que imaginaram projectos de vida diferentes das suas reais concretizações, tais projectos reflectem um baixo nível de aspirações (como por exemplo, algumas das aspirações verbalizadas por alguns dos inquiridos passavam simplesmente por “gostar de ter ido à escola”, “ser costureira”, “ser mecânico”, entre outras). Comparando estes resultados com os resultados obtidos pelos autores nos seus dois estudos, verificamos uma realidade um pouco diferente. Os idosos americanos inquiridos apresentam médias de 4,701 e 4,780 respectivamente, manifestando-se moderadamente satisfeitos com a vida.

Uma outra pergunta com idênticos níveis de satisfação é a pergunta que mede o grau de satisfação com aquilo que os idosos sentiram que já deveriam ter alcançado até ao momento e não alcançaram, ou seja a pergunta (9) que se relaciona com os

resultados esperados (aquilo que “deveria ser”). Relativamente a esta pergunta, os resultados remetem-nos para níveis moderados de insatisfação (média = 3,44 na instituição 2) e níveis moderados de satisfação (média = 3,89 na instituição 1), o que demonstra uma congruência positiva nos resultados, na medida em que face à insatisfação sentida com os objectivos de vida idealizados os idosos manifestam também um grau moderado de insatisfação relativamente às concretizações que deveriam ter alcançado, percepcionando pois que poderiam ter alcançado uma vida melhor do que aquela que alcançaram se, efectivamente, tivessem tido oportunidades congruentes com os seus ideais de vida. Se compararmos estes resultados com os resultados apurados pelos autores da escala junto dos seus 2 grupos de inquiridos constatamos que as médias da satisfação são um pouco mais elevadas (médias de 4,516 e 4,640), pelo que os idosos americanos apresentam uma maior satisfação com a vida do que a população portuguesa inquirida.

No entanto, comparando estes resultados com o grau de satisfação manifestado na pergunta 6 (que tem em conta as origens, as mudanças, os progressos sentidos e aquilo que se alcançou na vida) e na pergunta 7 (que tem em conta os meios, as capacidades e fraquezas percebidas), verificamos níveis um pouco mais elevados de satisfação com a vida entre a população de inquiridos (médias de 4,52 média e 4,37 respectivamente). Isto significa que, estes idosos ao compararem a sua vida actual com as experiências do passado, assim como com os seus recursos pessoais e as suas forças e fraquezas, sentem-se, ainda assim, moderadamente satisfeitos com as suas vidas. Também nestas perguntas se verificam maiores níveis de satisfação entre a população inquirida americana em que as médias são de 4,989 e 4,971 para a pergunta 6 e de 4,805 e 4,778 para a pergunta 7.

Quanto às perguntas que medem o grau de satisfação por comparação com as concretizações na vida de familiares (pergunta 3), na vida de amigos e conhecidos (pergunta 4) e da maioria das pessoas numa situação familiar (pergunta 5), verificamos que os inquiridos manifestam-se moderadamente satisfeitos com a sua vida com médias de 4,40, 4,54 e 4,50 respectivamente. Nos dois estudos de Meadow e colaboradores as médias da satisfação são também um pouco superiores nestes itens, apresentando valores de 4,907 e de 5,000 para a pergunta 3, de 4,827 e 4,837 para a pergunta 4 e de 4,953 e de 4,931 para a pergunta 5.

No que respeita às perguntas que medem o grau de satisfação relativamente às concretizações previstas e alcançadas (pergunta 8) e relativamente aos resultados minimamente toleráveis (pergunta 10) constatamos que a população do nosso estudo se encontra moderadamente satisfeita com a vida, apresentando uma média de 4,28 e de 4,54 respectivamente. Nos dois estudos de Meadow as médias da satisfação são também um pouco superiores quando comparadas aos resultados apurados para a nossa população, verificando-se pois que os inquiridos americanos apresentam um nível de satisfação relativamente maior com médias de 4,705 e 4,918.

Verificamos assim que os idosos que constituíram a amostra deste estudo apresentam-se mais insatisfeitos com a vida do que os idosos americanos inquiridos pelos autores desta escala de satisfação com a vida. Partindo de uma análise sociodemográfica da população que serviu de base à construção desta escala, constatamos que a amostra americana é composta por idosos mais jovens do que a amostra deste nosso estudo. Enquanto a primeira apresenta uma média etária de 70,4 e de 72,88 anos nos respectivos estudos dos autores, a nossa amostra apresenta uma média etária bastante mais elevada (79,82 anos), ou seja, uma população muito mais envelhecida que a primeira. Por outro lado, verificamos também que o nível educacional em ambas as amostras é também significativamente diferente. A população que serviu de base ao nosso estudo, como pudemos constatar atrás, detém níveis muito baixos de literacia que não ultrapassam a instrução primária completa havendo também uma grande percentagem de analfabetismo. Já as amostras do estudo de Meadow *et. al.*, (1992) apresentam um nível bastante superior de literacia, em que numa delas, grande parte dos idosos inquiridos apresenta estudos superiores pós-graduados. O menor número de respondentes neste estudo está precisamente enquadrado no nível equivalente à instrução primária. No nosso estudo, a realidade é assim completamente diferente, determinando, por isso, algumas diferenças nos níveis de satisfação com a vida.

O facto de consideramos o nível de instrução e o nível etário dos respondentes do nosso estudo como dois dos aspectos que determinaram algumas das dificuldades sentidas na aplicação deste novo instrumento de avaliação da satisfação com a vida, nomeadamente no que respeita à compreensão dos respectivos itens da escala por parte dos inquiridos, leva-nos a propor que, em estudos posteriores, este novo instrumento de

medida de satisfação com a vida seja aplicado a populações de idosos mais heterogéneas, com mais jovens e com maiores níveis de literacia, para assim, podermos avaliar com maior facilidade o grau de satisfação com a vida da população idosa portuguesa.

Cabe-nos finalmente acrescentar que, tal como o contexto ambiental, também as condições sociais vigentes numa determinada sociedade e contexto temporal poderão exercer uma influência importante nas opções, na estruturação de projectos de vida, nas expectativas e nas concretizações de vida das pessoas.



## CONCLUSÃO

Chegando ao final do nosso estudo, podemos finalmente, apresentar uma síntese dos resultados obtidos e que dão resposta à nossa questão de partida. Assim, iniciámos o nosso processo de investigação pela recolha de elementos teóricos que nos permitissem enquadrar a problemática em estudo, abordando essencialmente questões gerais sobre a problemática da velhice, com especial relevo para as questões relacionadas com a institucionalização das pessoas idosas em lar. Efectuado o enquadramento teórico, passámos à fase seguinte destinada à recolha de elementos empíricos que nos permitissem obter uma melhor compreensão e explicação sobre o nosso objecto de estudo: investigar os níveis de satisfação com a vida e com o lar e os factores que se relacionam com a satisfação com o lar.

Na primeira parte deste trabalho tivemos oportunidade de evidenciar o problema do envelhecimento demográfico enquanto resultante das conquistas e da evolução tecnológica e científica nas diferentes áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Este resultado determinou a possibilidade de prolongamento da vida o que, associado às quedas progressivas das taxas de natalidade coloca o segmento da população idosa num processo de marginalização e exclusão, para o qual governantes e sociedade deverão procurar um modelo de desenvolvimento que não exclua esta parcela da população nos seus projectos.

No entanto ao aumento da longevidade nem sempre corresponde um aumento do nível de bem-estar e do grau de autonomia que possibilite aos mais velhos uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas.

Vimos também que as instituições casamento e família estão a sofrer profundas transformações, evidenciando-se a *desfamiliarização* das relações familiares. Actualmente os valores da individualidade/independência, da competitividade, da produtividade prevalecem. A população idosa representa, neste contexto, um grupo extremamente vulnerável a situações de risco social provocadas particularmente por estas alterações decorrentes do processo de globalização e do capitalismo moderno. A consequência destas alterações no âmbito familiar consiste, muitas vezes, na institucionalização

residencial dos mais velhos, processo que poderá constituir, para muitos, o agravamento desse mesmo risco social.

A Organização Mundial da Saúde lançou a proposta do envelhecimento activo, entendido como um processo que se inicia cedo e acompanha as pessoas ao longo da vida, compreendendo essencialmente a optimização das condições de saúde, participação e segurança.

O conceito de envelhecimento activo e saudável remete-nos para a possibilidade das pessoas idosas permanecerem autónomas no seu meio natural de vida, com capacidades para cuidarem de si próprias, ainda que com o recurso a apoios, tanto quanto possível. No entanto, a realidade mostra a existência de um número considerável de pessoas idosas que não encontram uma resposta adequada nesse meio. Na ausência de resposta no seu meio natural de vida – o familiar – a pessoa idosa necessita do apoio competente das respostas sociais para que a dimensão física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada indivíduo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais. Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso à institucionalização.

Na segunda parte abordámos a institucionalização e recordámos através da literatura que esta pode ter efeitos negativos ao nível do bem-estar psicossocial dos idosos institucionalizados se não forem tidos em conta determinados factores favorecedores do sucesso adaptativo ao novo contexto residencial e, por conseguinte, a melhores níveis de satisfação.

A satisfação em contexto institucional constitui-se como uma das dimensões principais na qualidade dos serviços prestados, sendo a sua avaliação um indicador importante para a definição de estratégias e de estabelecimento de prioridades no desenvolvimento da política de acção social (das instituições). Este foi, precisamente, o objectivo do nosso trabalho, ou seja, tentar perceber quais os factores que podiam contribuir para a satisfação das pessoas idosas em contexto institucional e perceber o seu grau de satisfação com a vida enquanto dimensão subjectiva do bem-estar.

Na nossa investigação empírica tivemos oportunidade de verificar que a maior parte dos inquiridos se manifestou satisfeita com a sua residência no lar. Alguns dos factores que apresentaram uma relação positiva com a satisfação com a residência em

lar, foram a solidão, a existência de contactos de amizade e a participação em actividades sócio recreativas. Factores como a institucionalização em lares de proximidade, a existência de contactos familiares, a auto-percepção da saúde, as políticas institucionais referentes a determinadas poses e comportamentos e a tipologia dos quartos não nos pareceram, pelos resultados obtidos, como importantes para pudermos vir a ser considerados preditores de satisfação com a residência em lar.

Quanto à satisfação com a vida, concluímos que o grupo de idosos inquiridos se encontra moderadamente satisfeito com a vida, apesar de se encontrar institucionalizado. Neste ponto, há que evidenciar que, para muitos destes idosos, viver no lar significa ter melhor qualidade de vida e bem-estar comparativamente às condições em que viviam nas suas próprias casas (grande parte delas sem quaisquer condições de conforto e habitabilidade). Por outro lado, as poucas reformas de que dispõem dificilmente cobririam o conjunto de serviços que lhes são actualmente oferecidos em contexto residencial. Acresce o facto de que estes velhos estiveram submetidos a um contexto social, político e económico (Estado Novo) onde as dificuldades económicas eram para a grande maioria das pessoas uma constante, e por isso, habituados a valorizar o que de pouco conseguiram alcançar na vida. Numa sociedade hierarquicamente estruturada, onde as desigualdades eram vistas como naturais, predominava a apologia da subordinação (Mónica, 1978). Isto quer dizer que, comparativamente às suas condições de vida antepassadas, estes velhos acabam por viver com melhor qualidade de vida, logo pouco exigentes na qualidade dos serviços que lhes são prestados.

Mas da mesma forma que as instituições se debatem com o desafio da qualidade dos serviços prestados, avizinha-se também uma mudança do perfil da população consumidora dos serviços destes equipamentos porque apresenta diferentes trajectórias de vida, uma tendência para o aumento da idade de institucionalização e para um maior agravamento da dependência (Daniel, s/d: s/p). Neste sentido, é fundamental que as instituições estejam sensíveis aos processos de transformação em curso e procurem aderir à implementação de sistemas de gestão da qualidade, tendo como objectivo primordial a melhoria permanente da qualidade serviços prestados e da satisfação dos seus residentes e, conseqüentemente, a sua sustentabilidade.

As estruturas residenciais devem ser pois orientadas para a promoção de um envelhecimento sadio, autónomo, activo e plenamente integrado junto da população que acolhe. Para atingir este desígnio, há que respeitar o projecto de vida definido por cada residente, promovendo o seu envolvimento e dos seus significativos, a fim de recolher a informação necessária sobre os seus hábitos de vida, interesses, necessidades, expectativas, capacidades e competências, co-responsabilizando-os no desenvolvimento, assim como no planeamento, na monitorização e avaliação de actividades no âmbito dos serviços prestados pela estrutura residencial. Entendemos que este será o caminho a percorrer para que os residentes se possam sentir bem em cenário residencial, tendo subjacente o respeito pela sua maneira de ser e estar, a sua identidade e condições de vida. Isto implica:

- Pensar os residentes como seres afectivos e activos que, independentemente da sua situação, possuem um projecto de vida, impondo-se como imperativo a personalização dos serviços geridos de forma flexível e individualizada para cada projecto de intervenção;

- Organizar dinâmicas de trabalho que proporcionem oportunidades para que os residentes possam comunicar os seus sentimentos e formular posicionamentos pessoais sobre o que os envolve;

- Criar um ambiente calmo, flexível e responsável, adaptado aos interesses e necessidades de cada residente, permitindo-lhe dar continuidade ao seu desenvolvimento individual;

- Orientar a prestação de serviços continuamente para o residente, diagnosticando as suas necessidades e expectativas, os seus potenciais de desenvolvimento e criando oportunidades para a sua optimização (Modelo de Avaliação da Qualidade das Estruturas Residenciais, 2008).

Assim, convocando Daniel “se se desenvolver por parte de todos nós uma crescente consciencialização para as necessidades dos actuais velhos e dos novos velhos que se perspectivam, se existir cuidado de criar equipamentos em consonância com as necessidades sociais e afectivas dos residentes, com «espaço» para a realização pessoal, onde se respeitem as experiências vividas e a forma de cada um estar na vida, a sua singularidade, é expectável conseguir maior independência e grau de controlo por parte

dos residentes sobre as suas vidas e, talvez a institucionalização se torne uma experiência menos desagradável” (s/d: s/p), mais atraente e motivadora.

Ao chegarmos ao fim, consideramos que todo o tempo investido neste percurso valeu a pena. Este trabalho constituiu uma oportunidade de reflexão e uma experiência de enriquecimento pessoal, profissional e acadêmico. Expressamos votos de que este estudo possa contribuir para a melhoria das políticas institucionais e, acima de tudo, para a satisfação pessoal e melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

## BILIOGRAFIA

Albuquerque, Anelise Salazar; Tróccoli, Bartholomeu Tôrres (2004). *Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjectivo*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 20. Nº 2, pp. 153-164, Universidade de Brasília.

Barenys, Maria Pia (1993). *Un Marco Teorico para el Estudio de las Instituciones de Ancianos*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 64, pp. 155-172.

Barreto, João (1988). *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*. Psicologia, VI, 2, 159-170.

Bazo, Maria Tereza (1991). *Institucionalizacion de Personas Ancianas: Un Reto Sociologico*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 53, pp. 149-164.

Bonfim, C. J.; Garrido, M. M.; Saraiva, M. E.; Veiga, S. M. (1996). *Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Direcção Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Guião Técnico nº 3. Lisboa

Carrilho, Maria José (1993). *O processo de Envelhecimento em Portugal: que Perspectivas?* Estudos Demográficos. Nº 31. INE

Casanova, José Luís; Alvarenga, Filipe; Matos, Gisela; Lucas, Joana (2001). *Quadros Sociais de Envelhecimento*. Resultados de um estudo realizado no âmbito de um protocolo de cooperação entre o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Daniel, Fernanda C.B. (2006). *O Último Lugar no Mundo: Considerações e Reconsiderações sobre Espaço e Velhice*, in *Interações*, nº 9, Instituto Superior Miguel Torga.

Daniel, Fernanda C. B. *Qualidade de Serviços na Resposta Institucional Lar de Idosos*, [aceite para publicação na Revista *Interações*].

Daniel, Fernanda C.B. (2006). *O Conceito de Envelhecimento em Transformação*, in *Interações*, nº 9, Instituto Superior Miguel Torga.

Diener, Ed (2005). *Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being*, University of Illinois.

Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento. *Carta Social: Rede de Equipamentos e Serviços*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS).

Direcção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (2007). *Creche, Centro de Actividades Ocupacionais e Lar de Idosos: A Percepção dos Utentes. Um Inquérito à Qualidade, Adequação e Satisfação – Carta Social 2005*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS).

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras, Celta Editora.

Ferreira, P.L., Rodrigues, R., Nogueira, Dália (2006). *Avaliação Multidimensional em Idosos*. Colecção Qualidade de Vida, Edições Mar da Palavra.

Fonseca, António Manuel (2006). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Universidade Católica Editora, 2ª Edição.

Fonseca, A. M.; Gonçalves, D.; Azevedo, M. J. (2008). A “*Ligação à Terra*”: *Identidade dos idosos rurais da raia Portuguesa*”. Comunicação apresentada no VII Colóquio Ibérico de Estudos Rurais – Cultura, Inovação e Território. Outubro, Coimbra, Portugal.

Fonseca, António Manuel (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Manuais Universitários 35, Climepsi Editores.

Fontaine, Roger (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores, Lisboa.

Fonte, Isolda Belo da (2002). *Directrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Consequências no Conceito de Velhice*. Fundação Joaquim Nabuco. Trabalho apresentado no XII Encontro da associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, Novembro.

Fontes, Malu (2006). *O Lugar da Velhice na Sociedade do Consumo*. Intercom – Sociedade Brasileira de Estatutos Interdisciplinares da Comunicação. XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – UnB. Setembro.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Décarie Éditeur. Lusociência.

Giacomoni, Claudia Hofheinz (2004). *Bem-Estar Subjectivo: Em Busca da Qualidade de Vida*. Temas em Psicologia, Volume 12, Nº 1, ISSN 1413-389X. Recuperado em 8 de Janeiro, 2008, do [http://www.sbponline.org.br/revista2/vol12n1/art04\\_t.htm](http://www.sbponline.org.br/revista2/vol12n1/art04_t.htm).

Goffman, Erving (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva.

Guedes, Joana (2008). *Desafios Identitários associados ao Internamento em Lar*. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Guillemard, Anne-Marie (1986). *Le Déclin du Sociale*. Presses Universitaires de France. Septembre. Paris

Hersch, Gayle; Spencer, Jean; Kapoor, Tonia (2003). *Adaptation by Elders to New Living. Arrangements Following Hospitalization: A Qualitative, Retrospective Analysis*. The Journal of Applied Gerontology. Vol.22, nº 3. Pp. 315-339.

Izal, Maria; Fernández-Ballesteros, Rocío (1990). *Modelos ambientales sobre la vejez*. Anales de psicología, 6 (2), pp. 181-198.

Jacob, Luís (2007). *Animação de Idosos*. Cadernos Socialgest, nº 4 (Manual de Animação de Idosos).

Joia, Luciane Cristina (2007). *Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos*. Rev. Saúde Pública; 41(1): 131-8

Lenoir, Remi (1979). *L'invention du troisième age*. Actes de La Recherche en sciences sociales nº 26/27, mars-avril. Paris.

Lesemann, Frédéric; Martin, Claude (1995). *Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um "Welfare-Mix"*, Sociologia – Problemas e Práticas, nº 17, pp. 115-139.

Lima, A., Viegas, S. (1998). *A Diversidade Cultural do Envelhecimento: A Construção Social da Categoria de Velhice*. Psychologica, VI, 2,149-158.



- Martin, Claude (1995). *Os Limites da Protecção da Família*. Revista Crítica das Ciências Sociais, nº 42.
- Martins, Rosa Maria Lopes (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Revista Educação, Ciência e Tecnologia.
- Meadow, H.L., Mentzer, J.T., Rahtz, D.R., Sirgy, M.J. (1992). *A Life Satisfaction Measure based on Judgment Theory*. Social Indicators Research 26, pp. 23-59.
- Minois, George (1987). *História da Velhice no Ocidente: Da Antiguidade ao Renascimento*. Teorema.
- Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos (2008), Instituto da Segurança Social, I.P.
- Mónica, Maria Filomena (1973). *Notas para a análise do ensino primário durante os primeiros anos do salazarismo*. Análise Social, Vol. X (3º), nº 39, pp. 499-518.
- Mónica, Maria Filomena (1977). «*Deve-se ensinar o povo a ler?*». *A questão do analfabetismo (1926-39)*. Análise Social, Vol. XIII (50), pp. 321-353.
- Mónica, Maria Filomena (1980). *Ler e Poder: Debate sobre a Educação Popular nas Primeiras décadas do século XX*. Análise Social, Vol. XVI (63), pp. 499-518.
- Munita, Paula Aranibar (2004). *Calidad de Vida Y Vejez*. Recuperado a 24 Março, 2008, do <http://www.aafeliz.org/Doc/Publicaciones/pub0040.pdf>
- Nazareth, J. Manuel (1988). *O Envelhecimento Demográfico*. Psicologia, VI, 2, 135-146.
- Paúl, Constança; Fonseca, António M. (coordenadores) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Manuais Universitários 42. Climepsi Editores.
- Paúl, Maria Constança (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Livraria Almedina, Coimbra.
- Paúl, Constança (1992). *Satisfação com a Vida em Idosos*. Psicologica, 8, 61-80.

Paúl, Maria Constança, (1991). *Percursos pela Velhice: Uma Perspectiva Ecológica em Psicogerontologia*". Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pereirinha, José António; Carolo, Daniel Fernando (2006). *Construção do Estado-Providência em Portugal no Período do Estado Novo (1935-1974): Notas sobre a Evolução da Despesa Social*. Centro de Investigação Sobre a Economia Portuguesa. Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa.

Perlini, N.M.O. G., Leite T. M., Furini, A. C. (2007). *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares*. Rev. Esc. Enfermagem USP, 41 (2): pp. 229-36.

Pimentel, Luísa (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra, Editora Quarteto.

Pinto, Maria de Fátima (1999). *Os Indigentes: Entre a Assistência e a Repressão*. Coleção Cidade de Lisboa. Livros Horizonte.

Prado, Shirley Donizete (2002). *O Curso da Vida, o Envelhecimento Humano e o Futuro*. Textos Sobre Envelhecimento. V.4 n.8. ISSN 1517-5928 versão impressa, Unati. Rio Janeiro

Quaresma, Maria de Lurdes Batista (1988). *Política de Velhice: Análise e Perspectivas*. Revista Psicologia, VI, 2: 227-237.

Quivy, Raimond, Campenhoudt, Luc Van (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Ed. Gradiva, Coimbra.

Reed, J.; Cook, G.; Sullivan, A.; Burrige, C.; (2003). *Making a Move: Care-Home Residents Experiences of Relocation in Ageing and Society*, 23, 225-241.

Resende, M. C. Cunha; Cleusa, P. B.; Silva, A. P. & Souza S. Jacob (2007). *Rede de Relações e Satisfação com a Vida em Pessoas com Amputação de Membros*. Ciências e Cognição, Ano 04, vol 10: 164-177. Recuperado em 7 Janeiro, 2008, do (<http://www.cienciasecognicao.org>)

Ribeiro, Adalgisa Peixoto, Schutz, Eduardo Gabriel, (2007). *Reflexões sobre o Envelhecimento e Bem-Estar de Pessoas Institucionalizadas*. Revista Brasileira

Geriatrics e Gerontology, ISSN 1809-9823, v. 10, nº 2 Rio de Janeiro. Recuperado em 12 Janeiro, 2008, do <http://www.Unati.br/tse/sieclo.php?script=csi>

Rosa, Maria João Valente (1993). *O Desafio Social do Envelhecimento Demográfico*. Análise Social, Vol. XXVIII (122), 3º, pp. 679-689.

Sequeira, Arménio e Silva, Marlene Nunes (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. Análise Psicológica, 3, (XX): 505-516.

Silva, R.F. Luna (2008). *Da Velhice à Terceira Idade: O percurso histórico das identidades atreladas ao processo envelhecimento*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.15, n.1, p. 155-168. Rio Janeiro.

Simões, António (2006). *A Nova Velhice: Um novo público a educar*. Colecção Idade do Saber. Ambar. Porto

Simões, António (1992). *A EBS: Uma Escala para Medir a Dimensão Temporal Futura do Bem-Estar Subjectivo?* Psychologica, 8, 13-25.

Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela; Cerqueira, Margarida (2006). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Colecção Idade do Saber. Edições Ambar. 2ª Edição.

Stanislav V. Kasl, Ph.D. (1972). *Physical and Mental Health Effects of Involuntary Relocation and Institutionalization on the Elderly – A Review*. Am J Public Health. Marc, 62 (3): 377:84.

Tomasini, S. L. Valente e Alves, S. (2007). *Envelhecimento Bem-Sucedido e o Ambiente em Instituições de Longa Permanência*. RBCEH, Passo Fundo, V.4, nº 1, 88-102.

Vaz, Ester (1998). *Mais idade e menos cidadania*. Análise Psicológica, XVI: 621-633.

Veloso, E. Maria da Costa (2004). *Políticas e Contextos Educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. Universidade do Minho. Braga.

## **LEGISLAÇÃO**

O Projecto de Proposta de Lei nº 514 de 24 de Maio de 1961

Decreto-Lei nº 48 580 de 14 de Setembro de 1968 do Ministério da Saúde e da Assistência

Portaria nº 24 214 de 31 de Julho de 1969

Decreto-Lei nº 350/81 de 23 de Dezembro

Decreto Regulamentar nº 69/83 de 16 de Julho de 1983

Despacho Normativo nº 130/84 de 24 de Julho

Decreto-Lei nº 30/89 de 24 de Janeiro

Despacho Normativo nº 67/89 de 26 de Julho

Decreto-Lei nº 329/93 de 25 de Setembro

Portaria nº 426/2006 de 2 de Maio

Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio

Resolução de Conselho de Ministros nº 197/97 de 18 de Novembro

Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro

Decreto-Lei nº 268/99 de 15 de Julho

Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de Maio

Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março,

# ANEXOS

---

# QUESTIONÁRIO

## Caracterização Pessoal e Familiar

**Idade** \_\_\_\_\_

**Género**

M  F

**Qual é o seu estado civil?**

- Solteiro  Divorciado/Separado  
 Casado  NS/NR  
 Viúvo

**Importa-se de me dizer qual foi o nível de instrução mais elevado que concluiu?**

- Universitário  Curso Médio/Politécnico  
 7º Ano Liceal (11º/12º Ano actual)  5º Ano Liceal (9º Ano Actual)  
 2º Ano Liceal (6º Ano Actual)  Instrução Primária Completa  
 Instrução Primária Incompleta  Analfabeto

**Importa-se de me dizer qual foi exactamente a sua ocupação ou actividade profissional:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tipo de Pensão**

- Pensão de Velhice  Pensão Social  
 Pensão Invalidez  Outra  
 Pensão Sobrevivência

**Os Rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?**

- Muito bem  
 Razoavelmente  
 Com dificuldade

**Qual a sua residência antes de vir para o Lar?**

Concelho \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**Número de filhos?**

Filhas: \_\_\_\_\_  Filhos: \_\_\_\_\_

**Relacionamento / contacto com a família?**

- Afastado e sem visitas
- Afastado e com visitas
- Próximo e sem visitas
- Próximo e com visitas
- Próximo e com visitas regulares

**Relacionamento e contacto com a rede de amizades**

Sim  Não  NS/NR

**Tem alguém das suas relações (familiares, amigos) a frequentar a instituição?**

Sim  Não  NS/NR

**Sente-se só?**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

**Sente-se abandonado?**

Quase nunca/ nunca  Muitas vezes/ sempre  
 Algumas vezes  NS/NR

**Tem alguém em quem confia na Instituição?**

Sim  Não  NS/NR

**Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?**

Sim  Não  NS/NR

**Consegue manter as suas relações familiares e de amizade como mantinha antes de vir para o Lar?**

Sim  Não  NS/NR

## Contactos com o Exterior

*Diga-me por favor, com que frequência sai da Instituição para:*

	<i>Raramente /Nunca</i>	<i>Algumas X no ano</i>	<i>1 a 2 vezes no ano</i>	<i>Semanal/ ou mais</i>
Visitar o seu domicílio anterior				
Visitar familiares				
Visitar amigos				
Contactar com os vizinhos				

### ***Porque decidiu vir para o Lar?***

- Solidão
- Deficiente suporte familiar
- Problemas saúde
- Isolamento geográfico
- Outro                      Qual? \_\_\_\_\_

### ***De quem partiu a iniciativa para a sua residência no Lar?***

- Próprio                       Familiar
- Hospital                       Segurança social
- Instituição                       Outra

### ***Como se sente com a sua residência no Lar?***

---

---

## **Satisfação com a institucionalização**

### ***Está satisfeito com a sua residência no lar?***

- Nada satisfeito*                       *Muito satisfeito*
- Pouco satisfeito*                       *Totalmente satisfeito*
- satisfeito*

## Saúde

### ***Como Avalia a sua saúde em geral, neste momento?***

- Muito Boa                       Má
- Boa                               NS/NR
- Regular



## Tipologia dos quartos

Diga-me, por favor em que tipo de quarto vive?

Individual

Casal

Duplo

Triplo

Quadruplo

outro

## Escolha da política institucional

Diga-me, por favor, em que medida a escolha da política institucional condiciona os comportamentos discriminados, devendo responder:

**Encorajado:** quando este tipo de comportamento/actividades é encorajado

**Permitido:** quando este tipo de comportamento é esperado; não há nenhuma tentativa para o modificar

**Desencorajado:** quando se tenta encorajar ou acabar com este comportamento

**Intolerável:** a pessoa que persistir nesse tipo de comportamento terá provavelmente que ser expulsa

Encorajado	Permitido	Desencorajado	Intolerável
1	2	3	4

1	Beber álcool no quarto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Ter a sua própria mobília no quarto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Ter um pássaro ou um peixe no quarto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Ter um disco eléctrico ou máquina de café no quarto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Lavar algumas peças de roupa na casa de banho (ex. roupa interior, meias)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Beber um copo de vinho ou cerveja às refeições	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Escolher sentar-se onde quiser às refeições	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Não tomar o pequeno almoço para dormir até mais tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Fechar a porta do próprio quarto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Fechar à chave a porta do próprio quarto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## **Actividades Sócio-recreativas**

***Participa em alguma actividade organizada pela instituição:***

Sim

Não

NS/NR

***Acha que necessita participar nessas actividades?***

Sim

Não

NS/NR

***Colabora no planeamento das actividades da instituição:***

Sim

Não

NS/NR

***Considera que o plano de actividades do Lar é o mais adequado para si:***

Sim

Não

NS/NR

***Diga-me por favor, com que frequência participa nas actividades programadas:***

raramente ou nunca

uma a duas vezes no ano

algumas vezes no ano

semanalmente ou mais