

Maria Manuela Ferreira Pimenta Carneiro

GERONTOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA

Reforço dos Laços Familiares dos Idosos Institucionalizados



UNIVERSIDADE
PORTUGALENSE

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Dezembro de 2012

Maria Manuela Ferreira Pimenta Carneiro

GERONTOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA

Reforço dos Laços Familiares dos Idosos Institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade
Potucalense Infante D. Henrique para a obtenção do grau de
Mestre em Gerontologia

Projeto realizado sob a orientação dos professores:

Professora Doutora Maria Luísa Reis Lima
Professor Doutor Arthur Moreira da Silva Neto



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Dezembro de 2012

GERONTOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA

Resumo

O presente projeto pretende contribuir para o conhecimento da relação entre a institucionalização e a qualidade de vida percebida pelos idosos institucionalizados, com ênfase nas suas características sociodemográficas e na sua percepção das representações das relações de proximidade da família, enfatizando aspetos psicossociais. O estudo foi realizado num Lar que acolhe pessoas idosas a partir dos 65 anos de idade. Procedemos ao estudo de setenta e três idosos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os sessenta e cinco e os noventa e sete anos. A recolha de dados foi efetuada através de inquéritos por questionários. A problemática da institucionalização aqui abordada, sendo muitas vezes ignorada pela sociedade, pode ser associada pelo idoso ao abandono e morte.

Palavras-chave: Institucionalização, idosos, laços familiares.

GERONTOLOGY AND QUALITY OF LIFE

Abstract

The present project intends to contribute to the knowledge of the relationship between the institutionalization and the quality of life in institutionalized elders with the focus both on their sociodemographic features and on their perception of the representations of the family proximity relationships, emphasizing the psychosocial aspects. The study was done in a nursing home that receives elderly people from the age of sixty five. We proceed to the study of seventy three elders of both genders, with ages between sixty five and ninety seven years old. Data collection was accomplished through a survey by questionnaire. The problem of the institutionalization discussed here, being very often ignored by the society, can be associated into abandonment and death by the elder.

Keywords: Institutionalization, elders, family ties.

SUMÁRIO

Índice de tabelas	4
Índice de gráficos	4
Índice de anexos	6
INTRODUÇÃO	7
1. DESIGNAÇÃO DO PROJETO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1. O processo de envelhecimento.....	13
2.1.1. Envelhecimento ativo	15
2.2. Importância da manutenção da relação do idoso com a família	17
2.3. Violência nos idosos	19
2.4. A institucionalização do idoso	22
2.5. Estratégias para reforço dos laços familiares dos idosos Institucionalizados.....	25
3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	27
4. OBJETIVOS DO PROJETO.....	28
5. DESTINATÁRIOS E CONTEXTO DE INTERVENÇÃO	29
5.1. População alvo do estudo.....	29
5.2. Contexto de intervenção	29
5.2.1. Irmandade e S ^{ta} . Casa da Misericórdia de Santo Tirso - Contextualização geográfica	30
5.2.2. Irmandade e S ^{ta} . Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Objetivos	32
5.2.3. Irmandade e S ^{ta} . Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Organização...33	
5.2.4. Irmandade e S ^{ta} . Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Valências	33

5.2.5. Irmandade e S ^{ta} . Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Lar José Luiz d’Andrade.....	35
6. METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO.....	42
6.1. Tipo de estudo	42
6.2. Instrumentos de recolha de dados	42
6.3. Procedimentos	42
6.4. Recolha de dados	44
6.5. Tratamento de dados	44
6.6. Apresentação e discussão de dados	45
6.7. Justificação da intervenção social.....	58
6.8. Projeto de intervenção social desenvolvido	62
6.9. Atividades.....	66
7. AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	67
8. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Discursos que retratam o afastamento dos idosos em relação à família	59
Tabela 2 - Intervenção desenvolvida no âmbito do projeto	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Média de idades dos idosos	45
Gráfico 2 - Número de filhos dos idosos	46
Gráfico 3 - Género dos idosos.....	46

Gráfico 4 - Estado civil dos idosos.....	47
Gráfico 5 - Habilitações literárias dos idosos.....	47
Gráfico 6 - Profissão anterior à reforma	48
Gráfico 7 - Local de residência dos idosos antes da institucionalização	48
Gráfico 8 - Tempo de institucionalização dos idosos	49
Gráfico 9 - Importância atribuída à família pelos idosos	49
Gráfico 10 - Relação com os familiares antes da Institucionalização.....	50
Gráfico 11 - Relação dos idosos institucionalizados com os familiares antes da intervenção social implementada	50
Gráfico 12 - Relação dos idosos com os familiares após a intervenção social implementada.....	51
Gráfico 13 - Familiar mais importante para o idoso	51
Gráfico 14 - Influência dos familiares na institucionalização	52
Gráfico 15 - Familiar responsável pela institucionalização.....	52
Gráfico 16 - Razão da institucionalização na perspectiva do idoso	53
Gráfico 17 - Frequência percebida pelo idoso do número de visitas antes da intervenção social realizada	53
Gráfico 18 - Frequência percebida pelo idoso do número de visitas após a intervenção social realizada	54
Gráfico 19 - Qualidade das visitas antes da intervenção na perspectiva dos idosos.....	54
Gráfico 20 - Qualidade das visitas após da intervenção na perspectiva dos idosos.....	55
Gráfico 21 - Número de visitas registradas pelo rececionista antes da intervenção.....	56
Gráfico 22 - Parentesco das visitas registradas pelo rececionista antes da intervenção...57	
Gráfico 23 - Número de visitas registradas pelo rececionista após a intervenção.....	57
Gráfico 24 - Parentesco das visitas registradas pelo rececionista após a intervenção.58	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de recolha de dados sociodemográfico

Anexo 2 - Instrumento de recolha de dados sobre as relações familiares

Anexo 3 - Instrumento de recolha de dados sobre os registos das visitas

Anexo 4 - Consentimento informado

INTRODUÇÃO

Este projeto integra-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia da Universidade Portucalense e tem como finalidade a elaboração de um projeto de intervenção para a obtenção do grau de mestre. Terá como tema “Gerontologia e qualidade de vida - Reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados”.

Trata-se de uma problemática com a qual lidamos no nosso quotidiano profissional, uma vez que desempenhamos funções numa Instituição de Solidariedade Social que presta apoio a idosos em contexto institucional.

A realização do trabalho pretende articular os conhecimentos teóricos e a realidade psicossocial dos idosos, concretizando uma experiência de investigação em contexto organizacional. Pretendemos de modo a desenvolver conhecimentos que contribuam para a uma melhor compreensão do fenómeno das relações que se estabelecem entre os idosos institucionalizados e a família, com vista a fomentar a sua qualidade de vida.

Durante 25 anos tivemos oportunidade de desenvolver funções numa instituição de apoio social a idosos, onde frequentemente nos deparámos com dificuldades na manutenção da proximidade do idoso e da sua família, o que nos motivou para a abordagem desta problemática. Por outro lado, após uma pesquisa bibliográfica, constatamos ser escassa a investigação em torno deste assunto.

A intervenção foi desenvolvida junto dos utentes idosos residentes e sua família, com a finalidade de contribuir para o reforço dos laços familiares, com vista à promoção das suas relações de proximidade.

As relações interpessoais estabelecidas entre a família e a pessoa idosa institucionalizada são o resultado das interações que estabeleceram ao longo das suas vidas. Gerir essa relação de forma harmoniosa é um desafio permanente. Observa-se, com frequência, alterações nas dinâmicas familiares,

com inversão dos padrões de autoridade e poder, nomeadamente entre pais e filhos, o que implica ajustes no processo interativo entre o idoso que se encontra numa instituição e a família (Pimenta, 2009).

Segundo Nunes (2008), são as famílias as primeiras a perceber que a mãe ou a avó, está melhor num “Lar”, rodeada de pessoas com quem pode conversar e de cuidados profissionais, do que sozinha em casa. No entanto, esta decisão cria, com frequência, sentimentos de culpabilidade na família e ressentimentos por parte do idoso, difíceis de gerir. Manter relações de afeto com a família, até ao termo das suas vidas, é uma premissa que não pode ser esquecida pelas instituições sociais.

A questão de partida desta investigação “Como reforçar os laços familiares dos idosos institucionalizados?” prende-se com a necessidade de encontrar respostas para o desenvolvimento de estratégias que visam a compreensão da importância da manutenção de relações de proximidade entre os idosos institucionalizados e a sua família.

Este projeto tem como objetivo geral:

- Reforçar os laços familiares do idoso institucionalizado num lar geriátrico, com a família.

Os objetivos específicos são:

- Conhecer as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados;
- Identificar a frequência das visitas da família aos idosos do Lar;
- Compreender a importância atribuída pelo idoso institucionalizado à família;
- Identificar a proximidade da relação entre os idosos e a família;
- Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares;
- Promover um contacto entre o idoso que não é visitado e a família em pelo menos 75% dos casos;

- Incrementar em 25% o número de visitas dos familiares aos idosos institucionalizados.

Para uma melhor fundamentação e compreensão da problemática em estudo, foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória com levantamento bibliográfico em bibliotecas e bases de dados. Consultámos algumas correntes de opinião e salientámos, entre outras, as mais impulsionadoras desta temática: Carlos Sequeira, Constança Paúl, Daniela Figueiredo, Graça Pimenta, Jacques Amyot, Rui Fontes, Zaida Azeredo.

Neste trabalho procurámos encontrar coerência entre a teoria sobre a temática relacionada com a área de intervenção, a metodologia aplicada a essa temática e a intervenção propriamente dita. Assim, procedemos à sua divisão nos seguintes capítulos:

No primeiro capítulo, anunciámos a designação do projeto, indicando o seu título e subtítulo. Damos conta do local onde decorreu a intervenção e identificamos os intervenientes.

No segundo capítulo, apresentámos a fundamentação teórica. Abordámos a problemática do envelhecimento integrando contributos teóricos de áreas disciplinares que fundamentam cientificamente a observação, bem como a análise crítica e a reflexão desta temática. São referenciados vários autores que explicam a complexidade da capacidade de resposta do indivíduo face à institucionalização, às perdas e ao abandono familiar a que é exposto na última etapa da vida. Neste capítulo falámos ainda do processo de envelhecimento, envelhecimento ativo, importância da manutenção da relação do idoso com a família, violência nos idosos, institucionalização do idoso, e das estratégias para reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados.

No terceiro capítulo, lançámos a questão de investigação a que se pretende dar resposta, procurando responder à seguinte pergunta de partida: Como reforçar os laços familiares do idoso institucionalizado, de modo a promover as suas relações de proximidade?

No quarto capítulo, indicámos o objetivo geral e os específicos diretamente relacionados com a pergunta de partida. O projeto está circunscrito a objetivos muito concretos.

No quinto capítulo, assinalámos os destinatários e o contexto de intervenção, caracterizando a população alvo à qual se dirige a intervenção e o contexto em que o projeto vai ser realizado (identificação, localização, estatuto legal, objetivos e organização da entidade onde decorreu o projeto de intervenção).

No sexto capítulo, apresentámos a metodologia e estratégias de intervenção, indicamos o paradigma metodológico e as estratégias seguidas para a concretização do projeto, incluindo as ferramentas de investigação que sustentam a investigação concreta. Realçámos a justificação da intervenção e o projeto propriamente dito.

No sétimo capítulo, avaliámos o projeto, identificamos os resultados referentes ao seu desenvolvimento e implantação, e realçamos os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças.

No oitavo e último capítulo, procedemos à conclusão com o balanço final, fizemos uma apreciação crítica, revelando as dificuldades sentidas e a aprendizagem feita.

1. DESIGNAÇÃO DO PROJETO

O projeto tem como título “Gerontologia e qualidade de vida” e como subtítulo “Reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados”.

Este projeto decorreu no Lar José Luiz d’Andrade, em Santo Tirso, e incidu sobre seus utentes e respetivos familiares.

A intervenção visou aprofundar de aspetos relacionados com o reforço dos laços familiares entre o idoso institucionalizado e a família, com vista à promoção das suas relações de proximidade.

A manutenção ou o incentivo ao contacto estreito entre a pessoa institucionalizada e a sua família, promovida pela Instituição de acolhimento, poderá ser promotora de bem-estar para ambas as partes, uma vez que proporciona a possibilidade de ultrapassar eventuais conflitos existentes antes ou aquando da institucionalização e a manutenção dos laços afetivos.

Um lar pretende ser uma resposta social que proporciona ao idoso uma vida confortável em ambiente calmo e humanizado. Além de assegurar as suas necessidades básicas, cria condições que estabilizam e retardam o processo de envelhecimento através de variadas dinâmicas promovidas por equipas multidisciplinares e estão geralmente estruturados de forma a assegurar a individualidade, privacidade e especificidade de cada um, primando pela prestação de serviços personalizados (Amyot, 2008).

Contudo, e ainda na mesma perspetiva, o idoso terá de se adaptar à geografia da sua nova casa, necessitando, por vezes, de um maior acompanhamento e orientação por parte da instituição de acolhimento nas atividades da vida diária, sem que haja um comprometimento da sua autonomia. A integração do idoso passa por diversas fases, obrigando a uma adaptação a um novo estilo de vida em redor de pessoas estranhas com quem terá de partilhar a sua intimidade. A existência de regras e

normas pode ser percebida pelo idoso como uma forma de controlo social.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O aumento da longevidade nas sociedades atuais vem colocar novos desafios em diversos domínios, dos quais se destaca a necessidade de cuidar dos idosos. Esta nova realidade implica a necessidade de se repensar o envelhecimento como um fenómeno social, com implicações a nível individual e coletivo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um idoso é uma pessoa com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. O envelhecimento da população é um fenómeno de dimensão mundial, prevendo a OMS que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas idosas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Aproximadamente, 75% dessas pessoas idosas vivem nos países ditos desenvolvidos (OMS, 2001).

Atualmente, alguns especialistas do estudo do envelhecimento dividem em três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idoso jovens refere-se a pessoas de 65 a 74 anos. Os idosos velhos, a indivíduos entre os 75 e os 84 anos. E os idosos mais velhos de 85 anos ou mais, que têm maior tendência para a fraqueza e para a doença, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Segundo Rodrigues (2009), na revisão da literatura é possível identificar duas correntes de teorização sobre o envelhecimento. A primeira defende que o envelhecimento corresponde a um declínio, vulnerabilidade, fraqueza e ocorrência de doença; a segunda argumenta que o envelhecimento deve ser

compreendido como um processo de desenvolvimento contínuo do indivíduo. Estas duas perspectivas não são antagónicas, mas sim complementares, uma vez que envelhecer é um fenómeno lento e gradual, variável de indivíduo para indivíduo, em que este pode exercer uma auto-regulação através de decisões e de escolhas de adaptação ao processo de envelhecimento, no entanto, o organismo biológico sofre transformações decorrentes do processo de senescência que resultam num aumento da vulnerabilidade.

Um conceito que também se confunde com frequência com o de envelhecimento é o de fragilidade. No envelhecimento saudável a pessoa continua independente para a realização das suas atividades pessoais e sociais. No entanto, à medida que a idade progride, há uma tendência maior para acentuar o processo de deterioração física e mental e para a ocorrência de doenças, tornando o idoso mais dependente. Realmente, o organismo do idoso já não funciona com o mesmo ritmo do de um jovem. O raciocínio pode tornar-se um pouco mais lento e o corpo menos ágil, sendo a probabilidade de surgir doença, incapacidade funcional e diminuição da autonomia, mais elevada (Sequeira, 2007).

Envelhecer pressupõe um processo dinâmico, com variações interindividuais, que se processa de forma gradativa ao longo do tempo. Com o passar dos anos, o cérebro, tal como o resto do organismo, envelhece e sofre uma série de alterações que influenciam as funções que realiza. O envelhecimento cerebral inicia-se a partir dos 30 anos, embora a forma e a rapidez do decorrer deste processo não sejam iguais em todos os sujeitos, os hábitos saudáveis fazem com que a perda das faculdades seja mais demorada (Pérsico, 2010).

As grandes mudanças observadas nos contextos sociais e da medicina desencadearam um aumento da esperança de vida, bem como uma mudança do perfil de morbilidade, registando-se um aumento da prevalência das doenças crónico-degenerativas. O bem-estar subjetivo do idoso ganha um crescente reconhecimento, baseado no facto de que quantidade de vida não é

necessariamente sinónimo de qualidade de vida, e em que o conceito de envelhecimento é particularmente valorizado (Fonseca, 2005).

2.1.1. Envelhecimento Ativo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são três os pilares em que se apoia o modelo de envelhecimento ativo: Saúde, Segurança e Participação Social (OMS, 2005).

O fator saúde, um dos aspetos centrais do envelhecimento, baseia-se em diagnósticos médicos e na atuação do próprio. Destacam-se alguns aspetos como os cuidados com a alimentação, o consumo de álcool e tabaco, quer como prevenção, quer como atuação positiva na saúde. O segundo pilar, a segurança, refere-se ao local de residência do idoso, ao meio ambiente e, sobretudo, a climas sociais de não violência na sua comunidade. O terceiro pilar, a participação social, diz respeito aos grupos sociais que envolvem o idoso. Assim, a família, os amigos, o exercício da cidadania e a participação ativa em diversos contextos da vida social constituem as palavras-chave para um envelhecimento bem-sucedido (Ribeiro & Paúl, 2011).

Em paralelo com o processo de envelhecimento biológico, existe um processo experiencial subjetivo, em que o indivíduo exerce auto-regulação através de escolhas e decisões para se adaptar ao decurso do envelhecimento, interagindo com os contextos socioculturais em que se integram. Isto é, o envelhecimento saudável pode ser visto como a capacidade de continuar a funcionar física, mental, social e economicamente, a par do processo gradual do avançar da idade. É imprescindível preservar as competências relacionadas com o pensamento lógico-matemático, memória, atenção e auto-estima (Paúl, 2005).

O pensamento lógico-matemático está associado a uma série de competências. A partir do processamento de dados recebidos do exterior ou

armazenados na memória, chegar a conclusões, cria novos conhecimentos. Tais competências são: observação, análise, sintetização, comparação, classificação, ordenação, relacionamento, generalização e raciocínio (Pérsico, 2010).

A memória, uma das funções cognitivas principais para o envelhecimento ativo, tem uma importância fundamental no cotidiano dos indivíduos, na execução de tarefas, na comunicação, na orientação e na construção da própria identidade do indivíduo. A memória de curto prazo ou memória recente deteriora-se com a idade. Já a memória de longo prazo ou de recordação mantém-se estável ou pouco diminui com a idade, constituindo uma forte ligação entre o indivíduo e o mundo, uma vez que alguém sem memória é alguém sem história de vida, deslocado do mundo e dos significados sociais (Sequeira, 2010).

A atenção está ligada à percepção e corresponde a uma série de funções que permitem selecionar os estímulos, desprezando aqueles que não são úteis. A maioria dos dados permanece na memória de curto prazo e apenas alguns são duradouros. Correntes que operam dentro da psicologia dividem a atenção em diferentes tipos, sendo que numa das classificações subdividem-na em dois grupos: aquele cuja atenção é suscitada por condicionantes externos, e um outro, em que intervêm condicionantes internos (Pérsico, 2010).

A autoestima tem uma enorme influência na vida quotidiana dos idosos. As pessoas com alta autoestima são mais assertivas nas suas relações sociais, mais ambiciosas, tendem a recordar com frequência atividades agradáveis, responsáveis, bem sucedidas e propiciadoras de conforto, ao passo que as pessoas com baixa autoestima são mais infelizes, recordam geralmente atividades más, irresponsáveis, mal sucedidas, e perante expectativas de fracasso sentem-se ansiosas e incompetentes (Sequeira, 2010).

Os aspetos abordados necessitam ser estimulados para que o processo de envelhecimento se faça de forma saudável e a qualidade de vida do idoso seja preservada. Em suma, o envelhecimento é um fenómeno humano no qual

ocorrem mudanças biológicas, psicológicas, mas também sociais, em que as relações do indivíduo com o meio sofrem transformações, nomeadamente ao nível do reajuste das funções sociais.

As respostas sociais para fazer face às transformações que têm ocorrido são diversas, passando pelo apoio às famílias no sentido de estas manterem o idoso no seu seio, ou criando instituições para as quais o idoso é transferido de modo a que as suas necessidades sejam satisfeitas.

2.2. IMPORTÂNCIA DA MANUTENÇÃO DA RELAÇÃO DO IDOSO COM A FAMÍLIA

Compreender a dinâmica que se estabelece ao nível das relações interpessoais do idoso com a sua família requer que se entendam conceitos como comunicação, interação, função, papel, transação, de entre outros (Ornelas, 2008). A comunicação é um aspeto fulcral, e segundo Phaneuf (2005) pode ser definido como um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação faz-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Deste modo, podemos apreender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções sentidas pela outra pessoa, criando laços significativos com ela.

Comunicar é uma competência que permite a construção e manutenção de relações interpessoais saudáveis. As pessoas que usam um estilo comunicativo passivo são geralmente tímidas e demonstram atitudes de evitamento, receando deceções. Pelo contrário, pessoas com estilo comunicativo agressivo são excessivamente críticas e desprezam os sentimentos e opiniões dos outros. A atitude assertiva partilha sentimentos, valores e pensamentos, caracterizando-se pelo respeito mútuo (Ribeiro & Paúl, 2011).

Com o envelhecimento, as funções sociais dos idosos, por vezes, tornam-se reduzidas, quer pelas próprias limitações físicas, quer especialmente por pressões da própria sociedade. A progressiva perda de poder de argumentação, o esvaziamento de papéis sociais, a gradativa perda de autonomia e as alterações ao nível da comunicação, aceleram o processo de envelhecimento, levando os idosos à diminuição dos contactos sociais e consequentemente acelerem o processo de envelhecimento (Dias & Schwartz, 2005).

Uma das estratégias para promover o envelhecimento bem sucedido passa, de entre outras, pelo desenvolvimento de atividades relacionadas com o fomento da proximidade com a família, de modo a preservar os laços afetivos e as competências gerais do idoso (Pérsico, 2010).

A história de vida da família do idoso constitui um fator relevante na sua relação futura. A existência de conflitos potencia a perceção de repercussões negativas. Assim, a interação dos familiares com um idoso, é uma relação interpessoal fruto de um passado mediado pelo cuidar e pelos sentimentos que fluem entre ambos (Sequeira, 2007).

Há pesquisas que têm demonstrado que as famílias que institucionalizam os seus velhos, visitam-nos em média três vezes por semana. Contudo, com o tempo, as visitas vão diminuindo chegando a ser apenas uma ou duas vezes por ano e, por incrível que pareça, há casos em que os familiares chegam a dar endereços e números de telefone errados para não serem incomodados por causa dos idosos. Este sentimento de abandono aumenta as depressões, entre outros problemas de saúde (Zimerman, 2007).

Cada cultura tem a sua visão sobre a velhice, sendo que o idoso vai ser bem ou maltratado de acordo com as características da civilização em que vive. Em algumas civilizações os idosos são respeitados e venerados, e noutras são muitas vezes negligenciados e abandonados (Ribeiro & Paúl, 2011).

Avaliar, compreender e apoiar os familiares na relação que estes estabelecem com os idosos, pode contribuir para a resolução dos seus problemas, prevenir o *stress* e melhorar a qualidade de vida do idoso e respetiva família.

Porém, existem famílias de tal modo fragilizadas, que não possuem capacidade para suportar um idoso no seu seio. Surge então a violência, a negligência e os maus-tratos, acompanhados de todas as consequências a eles associadas.

2.3. VIOLÊNCIA NOS IDOSOS

O abuso ao idoso no seio da família é real e acontece nas formas mais elementares: desde o banho que não foi dado ou a fralda que não foi trocada, a medicação que não foi administrada, a filha que se apodera da reforma do pai, a divisão dos bens antes da morte, a mãe que é alojada no anexo da casa, a agressão física e o insulto, ao abuso sexual das idosas pelo seu cônjuge, etc. (Bernal & Gutiérrez, 2005).

Ainda na mesma perspetiva, os maus-tratos a idosos constituem uma problemática complexa e multifacetada que se manifesta de forma dramática, apresentando repercussões nefastas ao nível da sua segurança, bem-estar e saúde. Este processo implica a necessidade de se repensar esta realidade como um fenómeno com implicações a nível individual e coletivo.

A violência tem muitas causas e origens, sendo que as estruturas normativas, os traços de personalidade, as frustrações e os conflitos são apenas algumas delas. Grande parte da violência com idosos é negada e as imagens estereotipadas associadas à violência são aprendidas na infância através do comportamento de pais, irmãos e avós (Dias, 2004).

O uso da violência em situações que contrariam a norma familiar gera conflitos secundários decorrentes da violência inicial e os indivíduos rotulados de

violentos podem sentir-se encorajados a desempenhar um papel violento, para corresponder à imagem criada pelos outros e para assumir o seu próprio conceito de pessoa agressiva (Bernal & Gutiérrez, 2005).

Os maus-tratos ocorrem com mais frequência do que os que são denunciados, e podem gerar um *feedback* positivo, ou seja, podem ser uma estratégia utilizada pela família para conseguir excluir os idosos de casa.

Os maus-tratos mais comuns, segundo Dias (2004), são: abuso físico, abuso psicológico, negligência, abandono, abuso financeiro e abuso sexual. Quanto ao abuso físico, os sinais de alerta são as nódoas negras, queimaduras, feridas, membros partidos ou cortes e administração abusiva de fármacos. O abuso psicológico consiste na prática de angústia e sofrimento mental e pode ser perpetuado através da manipulação, intimidação, humilhação, desprezo, ameaças e chantagem afetiva. A negligência pode revelar-se sob a forma da não satisfação de necessidades básicas como a alimentação, os cuidados de higiene pessoal, e os tratamentos médicos. O abandono do idoso, temporário ou permanente, está associado à falta de disponibilidade dos filhos que exercem uma atividade profissional, e à sobrecarga que representa cuidar de um idoso na família. Como exemplo de abuso financeiro podemos referir o desaparecimento de pensões, bens valiosos, levantamentos injustificados de dinheiro, documentos com a assinatura do idoso falsificada, doações repentinas ou o aparecimento inexplicado de familiares distantes. O abuso sexual é qualquer tipo de atividade sexual não consentida perpetuada pelo cônjuge.

A vitimização é, segundo Neves & Fávero (2010), uma experiência individual, subjetiva e culturalmente relativa. Este processo traduz-se num ato de conhecimento que obriga à confrontação gradual de múltiplas localizações identitárias e sua respetiva conotação social.

As vítimas biológicas ou socialmente débeis, como os idosos diminuídos física ou mentalmente, ou que vivem isolados, têm geralmente características que os tornam mais vulneráveis aos seus agressores. As vítimas têm usualmente uma

relação de proximidade com o agressor e o consumo de álcool é um ingrediente importante para a precipitação de situações de violência, pois motiva comportamentos desinibidos e confrontativos (Neves & Fávero, 2010).

São indícios de negligência o cheiro a urina e fezes em casa, caixotes do lixo por despejar, lençóis e toalhas por trocar, maus odores corporais, unhas e cabelos por cortar, desidratação e má nutrição, escaras no corpo, medicamentos por tomar, desaparecimento de óculos, próteses ou aparelhos auditivo, consultas médicas esquecidas, administração de sedativos sem ordem médica, uso de roupas inapropriadas, privação de afeto e agressão verbal. O idoso demonstra medo, nervosismo, ansiedade e insónias, não quer ficar sozinho, chora com facilidade, não conversa como antes e as visitas são feitas sempre na presença do cuidador. Os idosos com história de maus tratos além de depressão, apresentam por vezes sentimentos de culpa (Dias, 2004).

Foram sinalizadas pela APAV 5500 pessoas idosas vítimas de crimes, entre 2000 e 2010 (Dias, 2012).

A existência de doenças crónicas e degenerativas ou incapacitantes podem pôr em perigo o equilíbrio familiar. Quando os recursos se esgotam, ou a família não os consegue utilizar, há necessidade de decorrer a ajuda externa (Azeredo, 2011).

A avaliação de risco e da perigosidade e a importância da criação de instrumentos ou procedimentos capazes de identificar sujeitos em risco, potenciando uma adequada separação entre potenciais vítimas e vitimizadores são estratégias redutoras desta problemática que, na perspectiva de Gonçalves (2003), ajudam a salvaguardar eventuais consequências que daí possam advir. Uma das estratégias de resolução deste problema pode passar pela institucionalização do idoso.

2.4. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

A promoção do bem-estar dos idosos merece por parte das Instituições de Apoio Social uma atenção particular, pois desse suporte depende em larga medida a sua qualidade de vida (Romão, Pereira & Guerra, 2007).

Situações como a solidão, a perda dos contatos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência), são algumas das razões apontadas para a necessidade de institucionalização dos idosos (Costa, 2005).

Barreto (2005) acredita que a crise dos cuidados aos idosos no seio da família está, também, relacionada com modificações familiares (filhas que trabalham, cuidadoras idosas e doentes) e com dificuldades a nível habitacional (casa pequenas, barreiras arquitetónicas).

A visão que o idoso tem sobre o seu próprio envelhecimento condiciona o seu envolvimento sociocultural e a valorização que dá à participação na instituição social de acolhimento. A manutenção de um estilo de vida ativa, com participação em atividades educacionais, de cultura e lazer, que estimulem a capacidade mental e a memória tem um impacto positivo no funcionamento cognitivo e é determinante como fator protetor contra o declínio no processo de envelhecimento (Rodrigues, 2009).

As relações sociais favorecem o bem-estar psicológico e social dos idosos. O apoio recebido por parte da família, dos amigos e, em geral de toda a comunidade são âncoras que os fazem sentir seguros, apoiados, protegidos, e ajuda-os a manter uma vida ativa, desenvolvendo interesses por passatempos e atividades e pela participação na vida das instituições em que se encontram integrados (Ribeiro & Paúl, 2011).

O papel da cultura na compensação do declínio associado ao envelhecimento abrange um conjunto de recursos pessoais e sociais disponíveis, num dado momento histórico-cultural, aos indivíduos que partilham valores e

convenções de uma comunidade (Dias & Schwartz, 2005). No entanto, a adequação de reformas e pensões é fundamental para assegurar que os idosos possam gozar um nível de vida digno, partilhando o bem-estar económico e participando ativamente na vida pública, social e cultural do seu país, mesmo estando institucionalizado (Pereirinha, 2008).

Ser institucionalizado pode ser uma oportunidade para o idoso realizar sonhos que antes não teve possibilidade de concretizar (Giddens, 2007). No entanto, na perspetiva de Rui Fontes (2012), os nossos lares têm apenas como critério de seleção ter mais de 65 anos, amontoando idosos independentes e saudáveis, com outros completamente dependentes, muitas vezes com doenças do foro mental e neurológico.

Uma das macrotendências da sociedade contemporânea parece ser o renascimento das artes. Neste campo, um fenómeno parece estar-lhe associado: a tendência para a valorização de uma cultura do lazer, que fez renascer o interesse pelas artes e pelas letras, abrangendo campos artísticos como o teatro, a ópera, a música, a literatura, as artes plásticas, museus e espetáculos variados (Carmo, 2008). Manter hábitos de leitura, ir ao cinema e outras atividades culturais contribuem para manter as funções intelectuais preservadas, pelo que as instituições que cuidam de idosos deverão ter em consideração estes aspectos.

A experiência de vida e o tempo livre são ingredientes essenciais para a criatividade. Neste sentido, existem organizações, como a Fundação Serralves, que organiza ao longo do ano vários cursos de observação de aves e de jardinagem ou a Associação Portuguesa de Agricultura Biológica, que promove cursos ligados à agricultura e à jardinagem. As Universidades Seniores representam para muitos uma oportunidade para a concretização de projetos que ficaram por realizar. Também o Inatel (Instituto Nacional para o Aproveitamento dos Tempos Livres dos Trabalhadores) gere o programa de férias “Turismo Sénior” que tem como objetivo proporcionar a pessoas com 65 ou mais anos a oportunidade de conhecer, a custos calculados em função do

valor da reforma, locais de interesse histórico, turístico e cultural em regime de pensão completa (Ribeiro & Paúl, 2011).

Um outro aspeto, que pode ser uma mais valia para os idosos que se encontram institucionalizados, é o incentivo da componentes da motricidade que aborda aspetos diferenciados do indivíduo, destacando-se com o passar dos anos o declínio da flexibilidade, da habilidade e da coordenação motora, cujos efeitos podem ser prevenidos ou retardados (Rosa Neto, 2009).

As pessoas devem ser orientadas e incentivadas a optarem por estilos de vida que privilegiem a atividade física. O exercício físico constitui um fator protetor de doenças crónico-degenerativas, contribuindo para tratamento de doenças pulmonares, hipertensão, insuficiência cardíaca, diabetes tipo 2, obesidade, etc. Ao aumentar a capacidade de oxigenação do organismo (coração, músculos e cérebro) possibilita o rejuvenescimento orgânico, melhorando a capacidade funcional, a qualidade de vida, o risco de eventos graves, reduzindo os internamentos hospitalares e a mortalidade. Os praticantes de atividade física informal optam por caminhar, andar de bicicleta, dançar e utilizar menos os elevadores e escadas rolantes (Carvalho, 2009).

Embora não resolva todos os males, a atividade física influencia positivamente o estado de saúde das pessoas, primeiro porque contribui para o desenvolvimento harmonioso do corpo e da mente e, em segundo lugar, porque tem consequências positivas na qualidade de vida adulta. Uma boa forma física, parece ser condição ideal para que o corpo possa funcionar saudavelmente (Romão & Pais 2007).

O exercício físico regular também constitui uma forma de atingir determinados objetivos, contribuindo para o envelhecimento ativo. Assim, como objetivos físicos pode-se referir a manutenção ou aumento da resistência, equilíbrio e flexibilidade e a força muscular; como objetivos psíquicos pode-se citar a melhoria das capacidades perceptivas, cognitivas e de coordenação; e finalmente, como objetivos sociais implicam a melhoria das capacidades comunicativas (Araújo, 2011).

Araújo (2011) sugere algumas atividades diversificadas de exercícios físicos. A ginástica engloba uma série de treinos físicos e mentais cuja prática regular favorece uma postura equilibrada, que visam melhorar a aptidão física, a mobilidade articular, a qualidade do sono, a autoimagem e autoestima, a redescoberta do corpo, o aumento da capacidade do sistema cardiorrespiratório e a manutenção do desempenho cognitivo. A dança é uma manifestação artística que, sendo a mais antiga de todas as artes, provoca uma enorme sensação de bem-estar, e tem como principais objetivos a revalorização do próprio corpo, a promoção do controlo do movimento, a melhoria da capacidade motora, muscular e articular, o estímulo da percepção, compreensão e memória, o aumento da comunicação e a coordenação do equilíbrio e do ritmo. Também a caminhada, que tem vindo a tornar-se uma das práticas mais populares, é um excelente exercício físico para todas as idades, constituindo uma prática segura do ponto de vista cardiovascular e do aparelho locomotor. As atividades aquáticas como a natação e a hidroginástica são excelentes para os idosos, pois como na água o corpo fica sem peso, os movimentos são de mais fácil realização favorecendo o sistema cardiorrespiratório e muscular, bem como promove o relaxamento e mantém o corpo e as articulações flexíveis. Em relação às atividades recreativas, tanto a jardinagem, como o ioga ou o tai chi são excelentes na promoção do relaxamento e bem-estar, redução do stress, promoção do autoconhecimento e controlo das emoções.

O desenvolvimento de atividades de lazer é uma oportunidade que os idosos têm de desfrutar de tranquilidade prazer e descanso, através de atividades lúdicas diversas. O envolvimento da família do idoso, sempre que possível, pode ser uma forma de manter a proximidade entre ambos.

2.5. ESTRATÉGIAS PARA REFORÇO DOS LAÇOS FAMILIARES DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

O ser humano necessita, em qualquer fase da sua vida, de estabelecer relações e laços afetivos, de amar e ser amado. É no seio da família que,

mesmo em situações em que é impossível partilhar o mesmo teto, os idosos devem ser apoiados, sendo os laços afetivos mais importantes que o espaço físico (Imaginário, 2004).

Paúl (1997) refere existir um reforço dos laços entre o familiar e o idoso dependente, afirmando que nesta fase da vida há um reforço dos sentimentos de ligação.

Azeredo (2008) afirma que a família é uma unidade social básica a partir da qual se desenvolvem outras. Trata-se de uma estrutura em permanente mudança, que se processa através dos seus membros.

O afastamento prolongado da família ocasiona depressão, angústia e solidão no idoso, que se sente abandonado. Proporcionar e motivar a integração da família com o idoso dentro da instituição, mostrar à família a importância das visitas periódicas aos idosos; bem como a sua participação em eventos da instituição, como festas temáticas, aniversários, atividades de lazer; sendo importantes para o bem estar dos idosos, permitem o reatar dos vínculos familiares (Secchi, 2008).

Estudos em populações idosas identificaram que, indivíduos que sofrem de Alzheimer e que não se lembram de contacto com os parentes ficam com sentimentos mais calorosos e com uma maior sensação de conforto após contacto com estes. Eles podem rapidamente esquecer-se, mas uma visita a um parente idoso com Alzheimer vai deixá-los com um sentimento de alguma satisfação (Sequeira, 2010).

Curiosamente cuidar dos pais é particularmente valorizado na cultura tradicional chinesa. Mas, nos últimos anos, a grande migração interna e as pressões do mercado de trabalho levaram ao enfraquecimento dos laços de família. O governo da China está a analisar um projeto de lei que transforma a visita de filhos a pais idosos numa obrigação legal (Ribeiro & Paúl 2011).

3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A institucionalização pode potencializar o afastamento do idoso da família. Com frequência, a família usa como estratégia de defesa o distanciamento do idoso para superar as vivências dolorosas ocorridas no período que antecedeu a ida para o lar, em que o esforço físico, a pressão permanente, a falta de tempo para dormir e cuidar de si, e o isolamento progressivo foram constantes. Por vezes a institucionalização do idoso é já o culminar de uma vida desgastante e o medo de que o idoso queira regressar a casa, potencia o afastamento. Por outro lado, com o passar do tempo, as relações vão esfriando e a necessidade de um contacto permanente começa a diminuir, levando a família a distanciar-se, com prejuízo especialmente para o idoso, que se sente abandonado e sem retaguarda emocional.

Tendo em vista um conhecimento mais aprofundado desta realidade procuraremos dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Como reforçar os laços familiares do idoso institucionalizado, de modo a promover as suas relações de proximidade?

4. OBJETIVOS DO PROJETO

Com este projeto pretendemos conhecer a relação entre os utentes idosos institucionalizados e sua família, com a finalidade de contribuir para o reforço dos laços familiares, com vista à promoção das suas relações de proximidade.

Objetivo Geral:

- Reforçar os laços familiares do idoso institucionalizado num lar geriátrico.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados;
- Identificar a frequência das visitas da família aos idosos do Lar;
- Compreender a importância atribuída pelo idoso institucionalizado à família;
- Identificar a proximidade da relação entre os idosos e a família;
- Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares;
- Promover um contato entre o idoso que não é visitado e a família em pelo menos 75% dos casos;
- Incrementar em 25% o número de visitas dos familiares aos idosos institucionalizados.

Em suma, os aspetos que fundamentam esta atividade prendem-se com a importância que tem a manutenção do contacto entre os idosos institucionalizados e a sua família, tendo em vista a estabilidade afetiva e emocional, quer do idoso, quer dos familiares.

5. DESTINATÁRIOS E CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

5.1. POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO

A amostra, constituída por 58 indivíduos na sua maioria do género feminino (40 mulheres e 18 homens), revelou ser predominantemente formada por viúvos (38% dos residentes), com uma média de idades de 81 anos para as mulheres e 84 anos para os homens, e tendo em média 2 filhos. A maioria possui apenas o ensino básico (39 idosos), registando-se 17 analfabetos. Exerçeram profissões, sobretudo de operários (40%), sendo o maior número (67%) oriundo de meios predominantemente urbanos. Apesar de haver idosos institucionalizados há mais de 9 anos, a maioria é residente há apenas 1 ano.

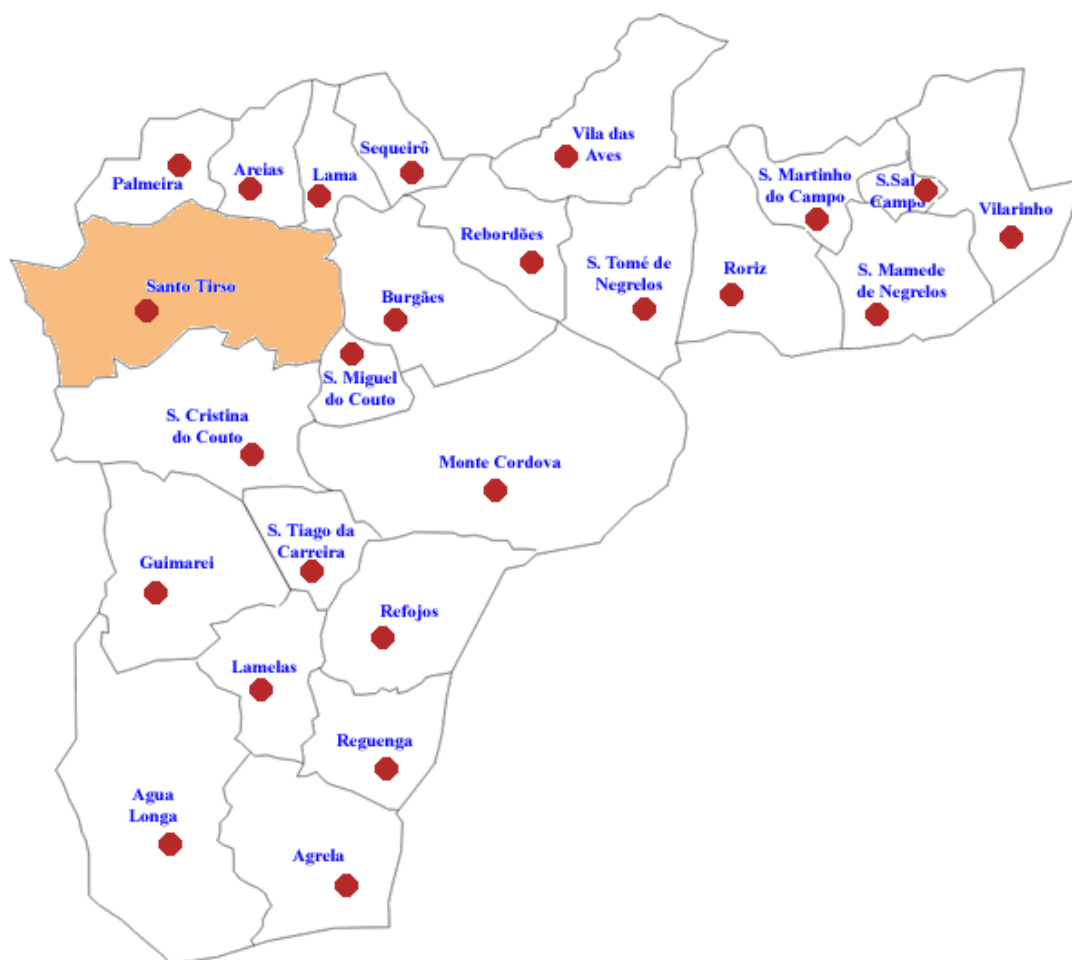
Relativamente à família, 48% dos idosos dizem ser os filhos o familiar mais importante para si, sendo estes quem maior influência teve na sua institucionalização (55%). Quanto ao motivo da institucionalização, 64% afirmam ser por motivos relacionados com problemas de saúde sem que nenhum familiar assumisse o papel de cuidador informal. Mesmo assim, 69% dos inquiridos atribui uma importância muito grande à sua família.

5.2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

O projeto decorreu no Lar José Luiz d'Andrade visando num primeiro momento uma investigação que teve como população alvo o total de utentes idosos de ambos os sexos (73) residentes no referido Lar e respetivas famílias. Desta amostra foram excluídos 15 utentes, dos quais 12 se encontravam demenciados e os outros 3 foram admitidos antes dos 65 anos, por serem considerados grupo de risco social. Assim, o estudo incidiu sobre 58 indivíduos.

Esta resposta social assegura a prestação dos seguintes serviços: alojamento com carácter permanente de acordo com as condições estabelecidas; alimentação e nutrição; cuidados pessoais e de vida diária ao nível da higiene, alimentação, cuidados de imagem, tratamento de roupa e assistência medicamentosa; cuidados básicos de assistência médica e de enfermagem, nos dias pré-estabelecidos; cuidados de reabilitação e fisioterapia; apoio psicossocial; atividades socioculturais; assistência espiritual e religiosa.

5.2.1. Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Contextualização Geográfica



Situado no Norte do país, Santo Tirso é considerado um concelho de charneira entre o Grande Porto, o Tâmega e o Ave. Pertence ao distrito do Porto e integra-se na Grande Área Metropolitana do Porto. É delimitado a Norte pelos concelhos de Vila Nova de Famalicão e Guimarães, a Nordeste por Vizela e Lousada, a Este por Paços de Ferreira, a Sul com o concelho de Valongo e a Oeste pelos concelhos da Trofa e Maia. Possui uma área de cerca de 140 Km² e é composto por 24 freguesias (Câmara Municipal de Santo Tirso, 2007).

A acrescentar à sua beleza natural, o concelho de Santo Tirso reúne um património histórico-cultural de grande qualidade. Com o objetivo de promover e desenvolver atividades de usufruto cultural, a Câmara Municipal promove um diversificado leque de ações no domínio cultural, que englobam o apoio às coletividades, geminações e promoção de hábitos de leitura. Ciente da importância de que se reveste a existência de uma ampla oferta de atividades como proposta de lazer criativo, a sua ação tem-se pautado por assumir um papel fundamental na garantia da satisfação das necessidades culturais da população e na adoção de estratégias que funcionem como forma de compensar as deficiências que se verificam a este nível.

Em Santo Tirso a indústria, agora mais diversificada, continua a ser o setor que emprega mais população ativa. Porém, o desemprego e o emprego precário são fenómenos evolutivos de um mercado de trabalho em permanente mudança (Câmara Municipal de Santo Tirso, 2007).

Segundo o Diagnóstico da Rede Social de Santo Tirso, os principais problemas identificados no Concelho decorrem de situações de desemprego, pobreza e disfuncionalidades / negligência familiares.

5.2.2. Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Objetivos

A Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso defende uma política de qualidade dirigida para a promoção de respostas e iniciativas adequadas à prossecução dos seus fins e às necessidades diagnosticadas na comunidade, de modo a contribuir para o desenvolvimento local e proteção de grupos sociais mais vulneráveis (Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, 2001).

De acordo com o artigo 3º do Compromisso da Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso *“para a prossecução dos seus objectivos compete-lhe: promover o diagnóstico e implementação de medidas na área da saúde, acção social e afins; estabelecer redes e parcerias com entidades públicas ou privadas para a definição e concretização de estratégias de acção; criar e dinamizar valências para servir a comunidade ou grupos específicos e franjas sociais mais desfavorecidas; garantir o funcionamento das respostas sociais criadas; promover a qualidade dos serviços prestados, de modo a garantir o bem-estar dos utentes; garantir a igualdade de oportunidades e a não discriminação social; promover iniciativas de formação profissional ou de carácter educativo/formativo, para activos e/ou elementos externos à instituição, de modo a contribuir para o desenvolvimento pessoal, profissional e social dos mesmos; divulgar as acções desenvolvidas aos irmãos e à comunidade local; preservar o seu património com valor histórico e artístico; recorrer a iniciativas de financiamento nacionais e comunitárias para a prossecução dos seus fins; gerir o seu património de rendimento, segundo critérios de eficiência e rentabilidade.”*

5.2.3. Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Organização

A Irmandade e Santa Casa da Misericórdia é constituída: pela Mesa da Assembleia Geral, da qual fazem parte o Presidente, Vice-Presidente, Secretários e Substitutos; pela Mesa Administrativa, formada pelo Provedor, Vice-Provedor, Secretário, Vogais e Substitutos; pelo Definitório, com o Presidente, Vice-Presidente, Secretário, Vogais e Substitutos; e por fim pelo Conselho Geral, formado por nove elementos (Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, 2001).

O património desta Instituição está classificado em três grupos: os equipamentos sociais (lares, jardim-de-infância, clínicas, entre outras valências); a habitação social constituída, por dois bairros, com um total de 30 habitações; e por fim imóveis e rendimentos, onde se destacam a Escola Agrícola Conde S. Bento, o Hospital Conde S. Bento e o edifício da antiga Biblioteca Municipal.

5.2.4. Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Valências

A intervenção e as valências da Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso encontram-se divididas em três grandes grupos: Ação Educacional, Saúde e Ação Social (Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, 2001).

Dentro do grupo de Ação Educacional pode-se encontrar o jardim-de-infância, a creche e o ATL.

Relativamente à Saúde, possui uma Clínica de Medicina Física e de Reabilitação, uma Clínica de Hemodiálise, uma Clínica de Imagiologia e uma Unidade de Cuidados Continuados.

Quanto ao grupo de Ação Social existem sete valências: Lar José Luiz d'Andrade, Centro de Dia, Lar Dra. Leonor Beleza, Casa de Repouso de Real, Casa Abrigo D. Maria Magalhães, Centro Comunitário de Geão e Serviço de Apoio Domiciliário.

O Lar José Luiz d'Andrade, valência onde teve lugar o projeto desenvolvido, será descrito com mais pormenor no subcapítulo seguinte.

O Centro de Dia é uma valência que se integra fisicamente no Lar José Luiz d'Andrade, com capacidade para receber 10 utentes no sentido de lhes proporcionar atividades de ocupação e de animação sociocultural.

O Lar Dra. Leonor Beleza constitui uma unidade com vocação específica para o acolhimento de grandes dependentes, de idade adulta e com diagnóstico de não recuperação. Tem capacidade para aproximadamente 100 utentes que beneficiam de cuidados continuados de saúde assistidos por técnicos de saúde, a acrescer aos cuidados básicos.

A Casa de Repouso de Real é uma unidade equiparada a unidade hoteleira, situada num local calmo, muito próximo do centro urbano de Santo Tirso. Tem capacidade para acolher 143 utentes nos 75 aposentos privados, onde se pode usufruir de um conjunto de serviços que garantem o apoio nas atividades da vida diária.

A Casa Abrigo D. Maria Magalhães destina-se a acolher, em regime temporário, mulheres acompanhadas ou não dos seus filhos menores que tenham sido vítimas de violência doméstica e que, de livre e espontânea vontade pretendam ultrapassar os problemas vivenciados. Tem capacidade para 25 utentes, com o objetivo de garantir a integridade e reforço das competências individuais e sociais, de modo a prepararem a reintegração social com base num projeto de vida negociado.

O Centro Comunitário de Geão é uma valência que se assume como uma resposta flexível, de intervenção social diversificada, prestando serviços a grupos específicos (crianças, jovens, idosos, entre outros). Dispõe de um espaço físico amplo, moderno e adaptado, de uma equipa multidisciplinar e pessoal auxiliar qualificado, promove o desenvolvimento pessoal e socioeducativo dos indivíduos e apoia igualmente as famílias nas suas funções integradoras.

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma valência fisicamente integrada no Centro Comunitário de Geão. Apoia a população idosa e/ou dependente que se encontra incapacitada para desempenhar com autonomia as atividades de vida diária. Desde 1995, tem Acordo de Cooperação com a Segurança Social abrangendo atualmente cerca de 100 utentes na área geográfica de freguesia de Santo Tirso e freguesias da vertente Sul do Concelho.

5.2.5. Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso – Lar José Luiz d’Andrade

O Lar José Luiz d’Andrade, de acordo com o Regulamento Interno (Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, 2010), é um equipamento com capacidade para 73 utentes de ambos os sexos, com mais de 65 anos de idade, em situação de fragilidade social ou de perda parcial de autonomia biopsicossocial.

É propriedade da Irmandade e Misericórdia de Santo Tirso e beneficia de acordo de cooperação celebrado com o Centro Distrital de Segurança Social do Porto, que se rege por um conjunto de normas de carácter ético, organizacional e administrativo, consideradas essenciais para a prossecução da sua missão, e pelo disposto pela NP ISO 9001:2008 para o Sistema de Gestão da Qualidade implementado e certificado, assegurado pelo Manual da Qualidade. O Lar José Luiz d’Andrade constitui um equipamento social destinado ao acolhimento e prestação de cuidados

personalizados a pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, em situação de risco social ou de parcial perda de autonomia biopsicossocial, tendo em vista a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária. Relativamente às suas instalações, apresenta aposentos coletivos, duplos e individuais. Fazem parte integrante desta resposta social espaços de utilização comum, nomeadamente: instalações sanitárias equipadas com banho assistido; salas de convívio/ocupação; sala de refeições; bar; barbearia/cabeleireiro; gabinete médico e de enfermagem; gabinetes técnicos; capela e espaço exterior.

Do Regulamento Interno do Lar José Luiz d'Andrade constam as especificidades que de seguida se apresentam (Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, 2010):

Serviços

- a) Alojamento com carácter permanente e/ou temporário em casos excepcionais, de acordo com as condições estabelecidas;
- b) Alimentação e nutrição;
- c) Cuidados pessoais e de vida diária ao nível da higiene, alimentação, cuidados de imagem, tratamento de roupa e assistência medicamentosa;
- d) Cuidados básicos de assistência médica e de enfermagem, nos dias e horários pré-estabelecidos;
- e) Cuidados de reabilitação e fisioterapia;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Atividades socioculturais;
- h) Assistência espiritual e religiosa.

Condições de Admissão

- a) Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- b) Possuir autonomia no desempenho das atividades de vida diária;
- c) Não ser portador de doença infeto-contagiosa (em fase de contágio);
- d) Aceitar de livre vontade a sua integração na valência.

Admissão e Acolhimento

1- Após o deferimento da proposta de admissão, será agendada a entrevista com o Coordenador Técnico da valência, a fim de orientar para os procedimentos e organizar o programa de acolhimento.

2- O Programa de Acolhimento contempla:

- a) Apresentação dos espaços físicos comuns e afetos ao utente;
- b) Apresentação dos colaboradores diretos e técnicos;
- c) Avaliação clínica (médica e de enfermagem);
- d) Avaliação diagnóstica;
- e) Avaliação nutricional;
- f) Elaboração do plano alimentar;
- g) Elaboração do plano individual de cuidados;
- h) Elaboração do plano de desenvolvimento individual;
- i) Avaliação da adaptação.

Processo Individual do Utente

A Instituição tem organizado um processo do utente, em diferentes domínios, nomeadamente administrativo (com dados pessoais, financeiros e entre outros documentos legais), psicossocial / operacional (com registos

do acompanhamento psicossocial e dos cuidados prestados) e clínico (assistência médica, de enfermagem e nutricional).

Período de Adaptação

- 1- A admissão está sempre condicionada a um período de adaptação de 6 meses, sujeito a avaliação técnica, durante o qual qualquer das partes pode denunciar o acordo/contrato, por escrito e com uma antecedência de 8 dias.
- 2- Nos casos de apreciação negativa da adaptação do utente, os familiares assumem inteira responsabilidade pela sua retirada.
- 3- Em caso de denúncia do acordo por parte do utente/familiar será cobrado o dobro do valor/dia pelo número de dias usufruídos.

Comparticipação mensal

- 1- A participação mensal é calculada em função do rendimento mensal líquido do utente e/ou agregado familiar, conforme as normas em vigor e adequado à situação em presença. A percentagem mínima de 70% dos rendimentos pode ser elevada até 85%, nos casos de utentes que necessitam de apoio para a realização das actividades de vida diária ou de cuidados específicos de recuperação ou de saúde com carácter permanente.
- 2- A participação familiar mensal é efectuada em 12 mensalidades, sendo que o valor do rendimento mensal líquido do agregado familiar é o duodécimo da soma dos rendimentos anualmente auferidos, por cada um dos elementos.
- 3- As participações deverão ser pagas até ao dia oito do mês a que respeitam, em horário de expediente, nos Serviços Administrativos. A forma de quitação da mensalidade deve ser previamente estabelecida, podendo de preferência realizar-se presencialmente, em cheque ou numerário e ainda por transferência bancária.

- 4- As comparticipações serão alvo de atualização anual, de acordo com o coeficiente de aumento das pensões fixado pelo governo e com as normas das comparticipações dos utentes/família pela utilização de serviços e equipamentos sociais.
- 5- A comparticipação familiar máxima nos termos das normas em vigor e os casos não abrangidos pelo acordo de cooperação, não deverá exceder o custo médio real do utente na resposta social, a ser calculado por preferência ao valor das despesas efetivamente verificadas no ano anterior com o funcionamento do serviço, actualizado de acordo com o índice de inflação e ainda em função do número de utentes que frequentaram o equipamento no mesmo ano.
- 6- As situações excepcionais serão colocadas aos serviços competentes e analisadas pela Mesa Administrativa.

Quadro de Pessoal

- 1- O quadro de pessoal de cada valência encontra-se afixado na sede do serviço, contendo a indicação do número de recursos humanos, formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação em vigor.

2- Pessoal diretamente afeto à resposta social

- a) Coordenador(a) Técnica(o), acumula funções de técnico;
- b) Assistente Social;
- c) Psicólogo(a);
- d) Chefe de Departamento/Encarregada;
- e) Animadora/Terapeuta Ocupacional;
- f) Ajudante de Lar;
- g) Trabalhador(a) de Serviços gerais;

3- Pessoal de apoio direto a todas as respostas sociais:

- a) Diretor(a) de Serviços Sociais;
- b) Nutricionista;
- c) Médico(a), em prestação de serviços;
- d) Enfermeiro(a), em prestação de serviços;
- e) Fisioterapeuta;
- f) Auxiliar de Ação Médica;
- g) Técnico de Contabilidade;
- h) Técnico Administrativo;
- i) Cabeleireira/barbeiro, em prestação de serviços;
- j) Porteiro;
- k) Motorista;
- l) Operador de Lavandaria;
- m) Costureira;
- n) Chefe de Compras;
- o) Cozinheira;
- p) Ajudante de Cozinha;
- q) Assistente de Manutenção;
- r) Outro pessoal entendido como necessário.

4- Poderá ser admitido o trabalho voluntário ou de estagiários, desde que essa colaboração se revele útil ao utente, seja devidamente enquadrada na resposta social e de acordo com o pré-estabelecido pelo Departamento de Estágios e Voluntariado.

Contrato

- 1- Nos termos da legislação em vigor, entre o utente, familiar ou seu representante legal e a entidade proprietária do serviço é celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços.
- 2- Sempre que se verifique alteração das condições haverá lugar à actualização do contrato através de uma adenda.

Cessaçãõ do Contrato

Haverá lugar à cessaçãõ do contrato nas seguintes situações:

- a) Inadaptaçãõ do utente, tecnicamente avaliada;
- b) Denúncia de uma das partes, com a antecedência mínima de um mês;
- c) Falecimento do utente.

6. METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

6.1. TIPO DE ESTUDO

Desenvolvemos um estudo de tipo quantitativo.

6.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Usámos os instrumentos de recolha de dados, que se encontram em anexo. Utilizámos dois questionários: um para recolha de dados de caracterização sóciodemográficas (idade, género, estado civil e agregado familiar); outro para aferir a valorização que o idoso dá à família, qual o tipo de relação que mantém com ela e por fim, quais as razões que justificam o seu afastamento (anexos 1 e 2). Usámos, também, uma grelha para contabilizar o número de visitas da família ao idoso, tomando como fonte o registo das visitas existente no Lar (anexo 3).

A opção pela utilização do questionário para recolha de dados pareceu-nos ser a mais adequada uma vez que, na perspetiva de Quivy & Campenhoudt (1992), o questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio.

6.3. PROCEDIMENTOS

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam no estudo. Foi obtida autorização formal da Mesa Administrativa da ISCMST. Relativamente aos idosos: foram-lhe explicados os objetivos; clarificado o carácter voluntário da participação no estudo, respeitando a sua decisão em participar ou não, sem

qualquer tipo de implicação; as vantagens da participação; o carácter confidencial dos dados fornecidos; a possibilidade de acesso aos resultados (anexo 4).

Efetuámos, posteriormente, a recolha de dados. Foram aplicados dois questionários, por entrevista estruturada aos idosos residentes, e registadas na grelha cada uma das visitas que o idoso recebeu da família.

Para garantirmos uma maior fidedignidade das respostas aos questionários, participámos em algumas atividades de lazer ao ar livre, como passeios e piqueniques visando uma maior abertura e confiança aquando da sua aplicação.

Demos início à preparação dos dados para o seu tratamento estatístico, de modo a dar resposta aos seguintes objetivos:

- Reforçar os laços familiares do idoso institucionalizado num lar geriátrico.
- Conhecer as características sociodemográficas dos idosos residentes;
- Identificar a frequência das visitas da família aos idosos do Lar;
- Compreender a importância atribuída pelo idoso institucionalizado à família;
- Identificar proximidade da relação entre os idosos e a família;
- Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares;
- Promover um contato entre o idoso que não é visitado e a família em pelo menos 75% dos casos;
- Incrementar em 25% o número de visitas dos familiares aos idosos institucionalizados.

Após a recolha desta informação e visando promover a aproximação entre o idoso e a família, procedemos ao contacto telefónico com os familiares dos idosos que não tinham visitas convocando um encontro, onde eram convidados

a participar numa atividade (ver sub-capítulo 6.8), tendo como finalidade a identificação das necessidades sentidas e a sensibilização para a importância da visita regular ao idoso.

Incentivámos de forma informal as famílias para visitarem com regularidade os idosos de modo a aumentar a frequência dos contactos.

Por fim, fizemos uma nova recolha de dados dos registos das visitas para identificação da mudança de comportamento das famílias quanto à regularidade do contacto com os idosos residentes.

6.4. RECOLHA DE DADOS

Os dados das características sociodemográficas foram recolhidos através de um questionário estruturado, aplicado individualmente (anexo 1), onde se perguntou respetivamente: idade, número de filhos, género, estado cívil, habilitações literárias, profissão anterior à reforma, local de residência e tempo de institucionalização. O questionário de recolha de dados relativos às relações familiares (anexo 2) foi aplicado em dois tempos distintos, antes e depois das atividades realizadas, com o objetivo de promover as relações de proximidade, contrariando assim o efeito negativo de afastamento que a institucionalização provoca no âmbito das relações familiares. Por fim, e também nos mesmos tempos distintos, procedemos à análise dos registos das visitas (anexo 3) referentes aos períodos anterior e posterior à intervenção, onde serão comparados os dados recolhidos.

6.5. TRATAMENTO DE DADOS

Os dados foram tratados segundo a estatística descritiva. Utilizamos frequências absolutas, frequências relativas e médias.

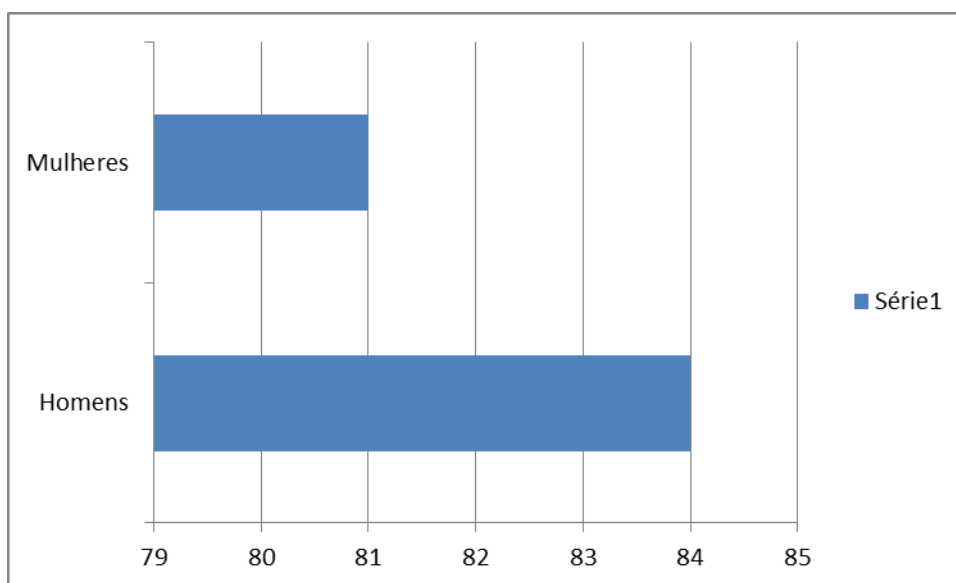
Os resultados dos dados recolhidos serão apresentados no sub-capítulo que se segue.

6.6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

Caraterísticas sociodemográficas da amostra

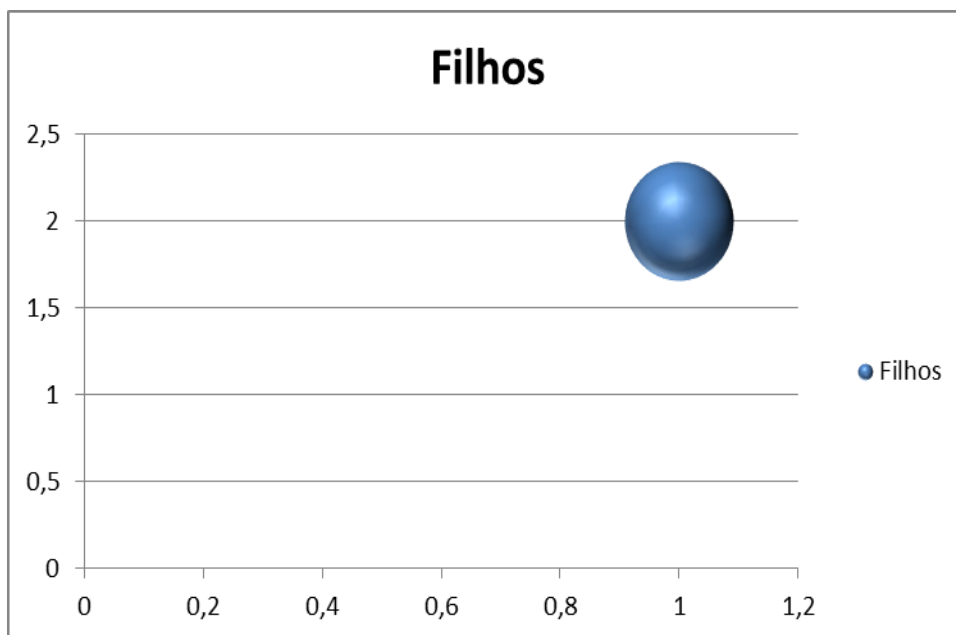
A seguir, os dados são ilustrados sob a forma de gráficos, tendo todos eles como fonte a informação por nós recolhida, através dos instrumentos de recolha já referidos.

Gráfico 1 – Média de idades dos idosos



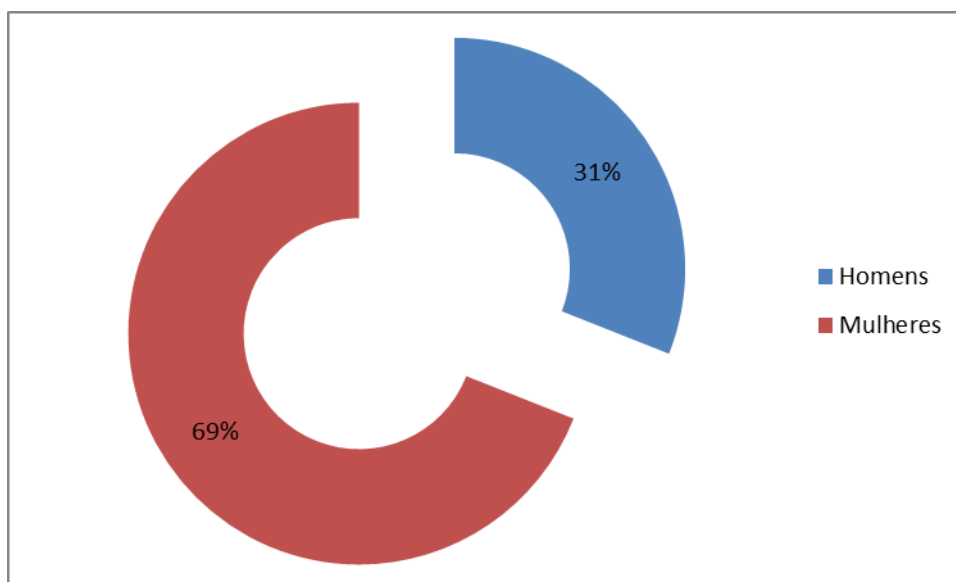
Os 58 indivíduos participantes têm idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo a média de idades das mulheres 81 anos e a dos homens 84 anos.

Gráfico 2 – Número de filhos dos idosos



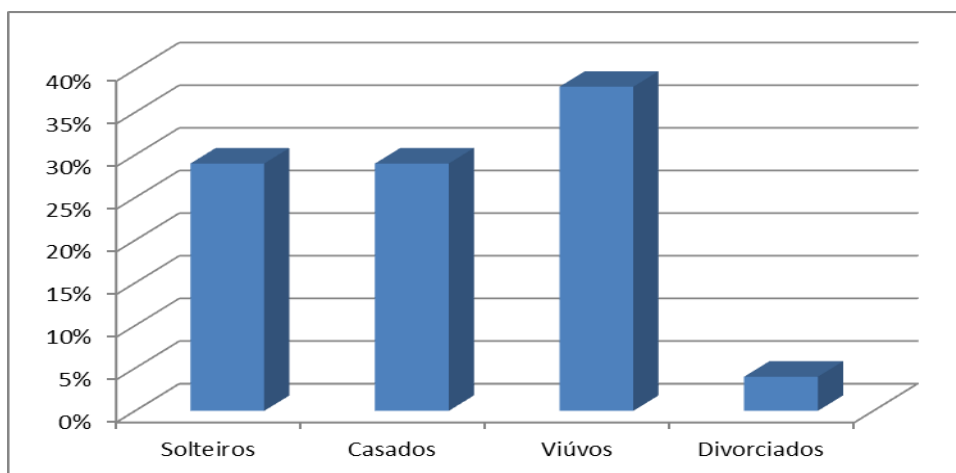
Em relação ao número de filhos, apurámos que cada idoso tem em média 2 filhos.

Gráfico 3 – Género dos idosos



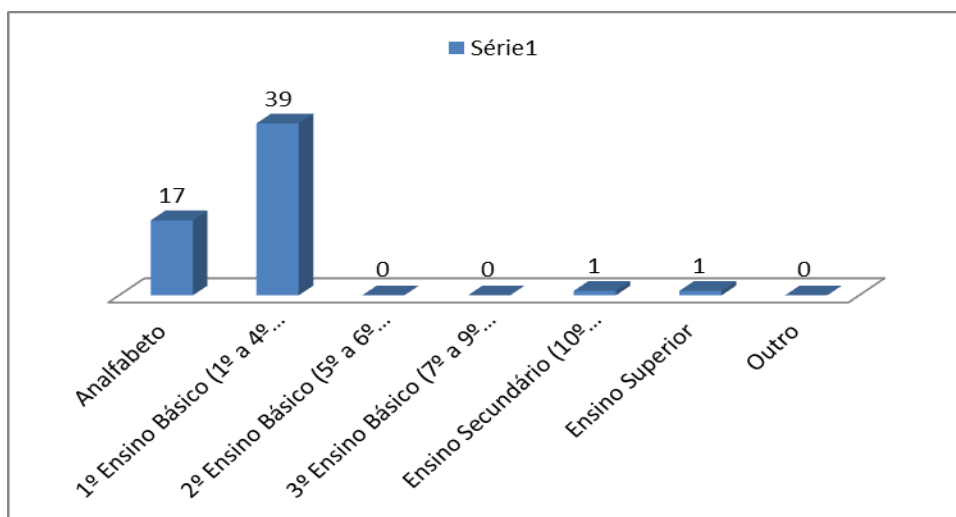
Verificámos que o conjunto de idosos estudados é maioritariamente do género feminino (69%), registando-se apenas 31% de género masculino.

Gráfico 4 – Estado civil dos idosos



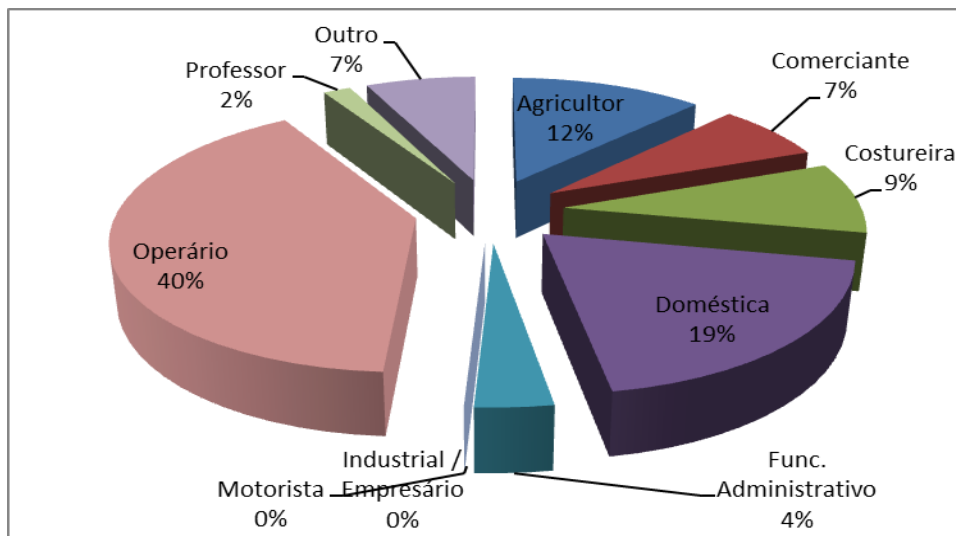
Quanto ao estado civil, há uma predominância dos indivíduos viúvos (38%). O número de idosos solteiros coincide com o número de casados (29%), registrando-se um reduzido número de divorciados (4%).

Gráfico 5 – Habilitações Literárias dos idosos



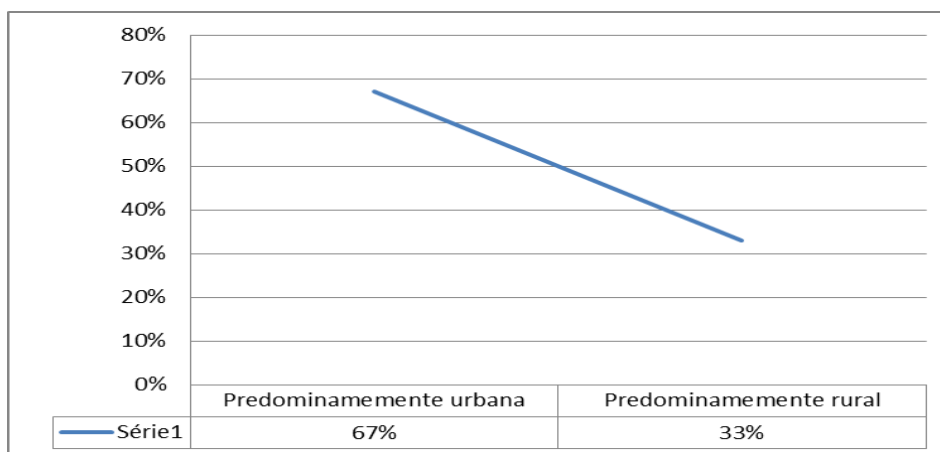
O nível de escolaridade é baixo, num universo de 58 indivíduos, 17 não sabem ler nem escrever, 39 possuem o ensino básico, apenas 1 concluiu o ensino secundário e 1 o ensino superior.

Gráfico 6 – Profissão anterior à reforma



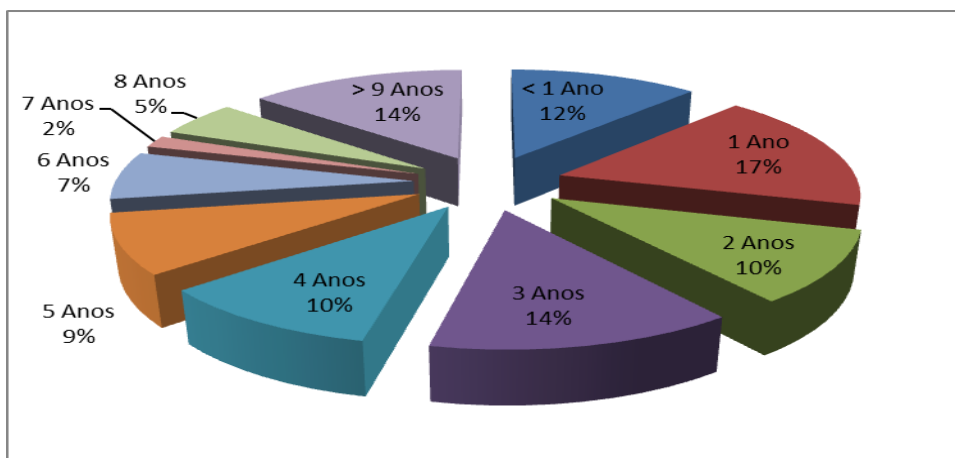
Relativamente à atividade profissional exercida, foi predominantemente a de operários com 40%, seguindo-se com 19% as domésticas, 12 % foram agricultores, 9% eram costureiras, 7% comerciantes e igual número para outras profissões, 4% foram funcionários administrativos e 2% professores.

Gráfico 7 – Local de residência dos idosos antes da institucionalização



A maioria dos idosos institucionalizados residia em meios predominantemente urbanos (67%), sendo os restantes (33%) provenientes de meios predominantemente rurais.

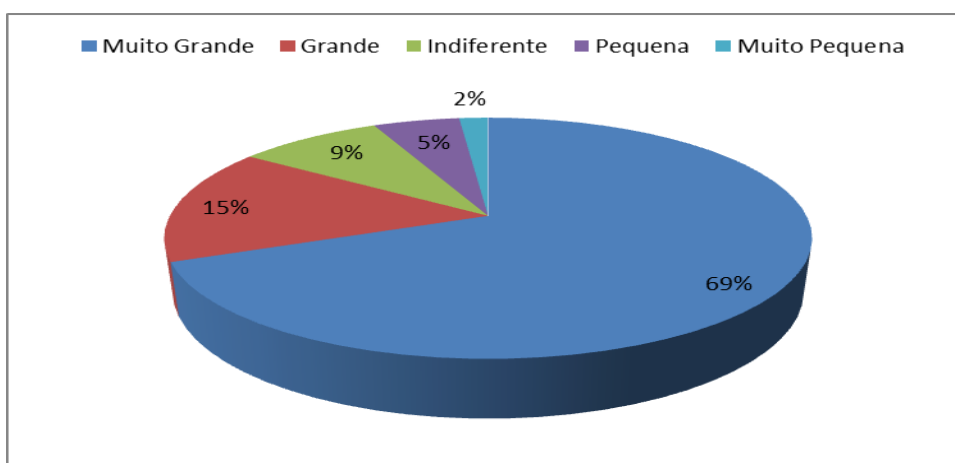
Gráfico 8 – Tempo de Institucionalização dos idosos



No que se refere ao tempo de permanência, 12% residia na Instituição há menos de 1 ano, 17% há 1 ano, 10% há 2 anos, 14% há 3 anos, 10% há 4 anos, 9% há 5 anos, 7% há 6 anos, 2% há 7 anos, 5% há 8 anos e 14% há mais de 9 anos.

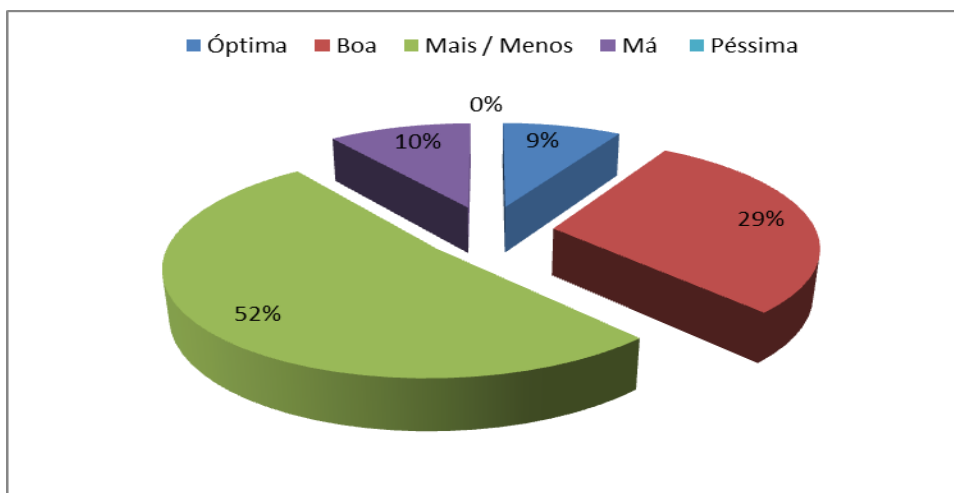
Relações Familiares dos Idosos

Gráfico 9 – Importância atribuída à família pelos idosos



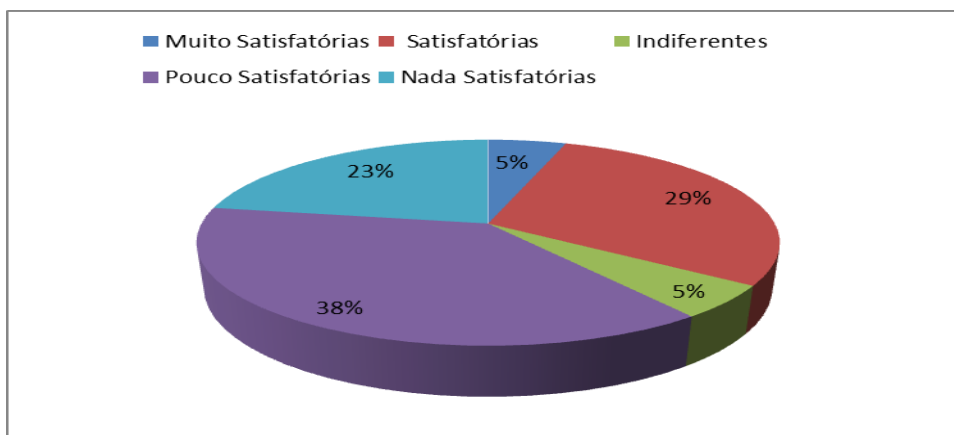
A maioria dos idosos (69%) atribuiu uma importância muito grande à família, 15% confere-lhe uma importância grande, 9% revelou-se indiferente, 5% atribui-lhe uma importância pequena e 2% muito pequena.

Gráfico 10 – Relação com os familiares antes da institucionalização



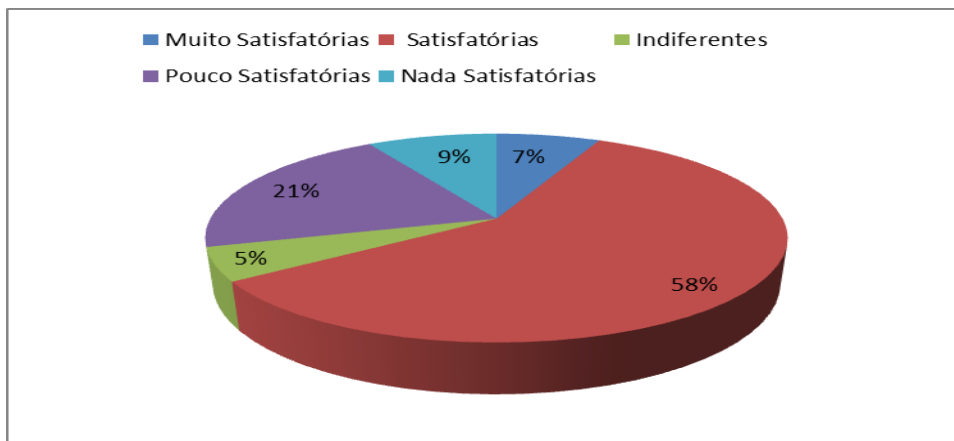
Quanto à relação com os familiares antes da institucionalização, 9% dos inquiridos afirmaram ter tido uma relação ótima com os seus familiares, 52% referem uma relação mais ou menos, para 29% dos casos era boa e em 10% má.

Gráfico 11 – Relação dos idosos institucionalizados com os familiares antes da intervenção social implementada



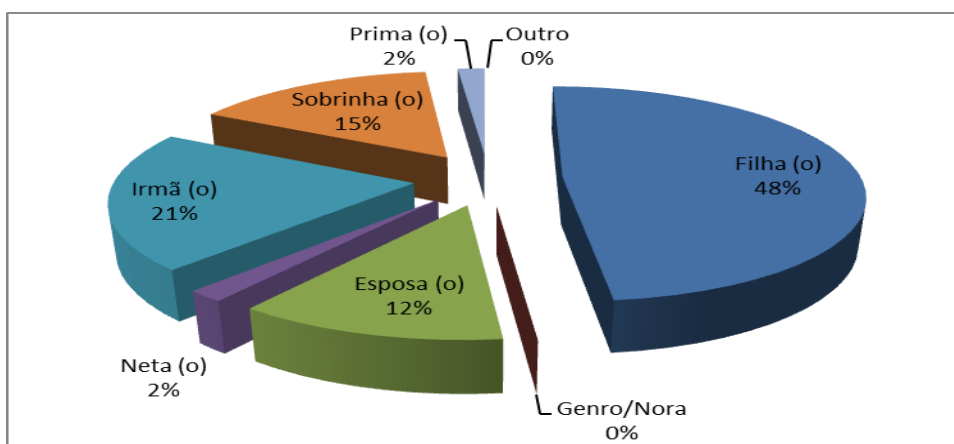
As relações dos idosos com os familiares antes da intervenção social eram muito satisfatórias em 5% dos casos, percentagem coincidente com a opinião dos que responderam serem indiferentes, 29% consideraram-nas satisfatórias, 38% pouco satisfatórias e 23 % nada satisfatórias.

Gráfico 12 – Relação dos idosos com os familiares após a intervenção social implementada



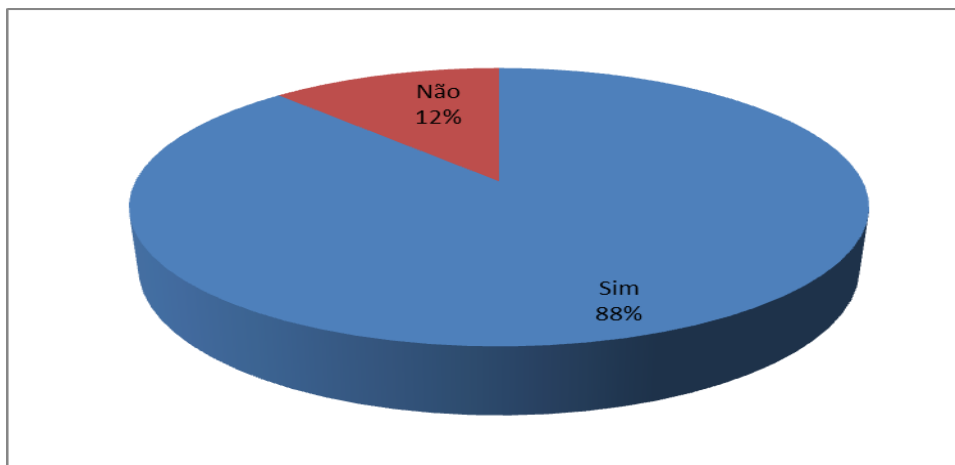
Após a intervenção, 7% dos inquiridos referiram que as suas relações com a família eram muito satisfatórias, 58 % satisfatórias, 5 % indiferentes, 21 % pouco satisfatórias e 9% nada satisfatórias.

Gráfico 13 – Familiar mais importante para o idoso



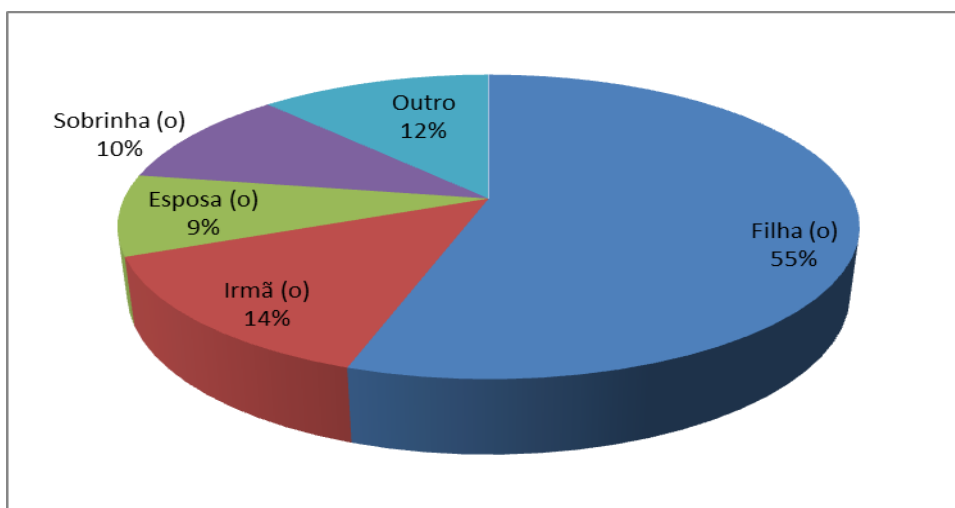
A maioria dos idosos (48%) considerou os filhos os familiares mais importantes, 21% afirmaram ser os irmãos, 15 % referiram os sobrinhos, para 12 % eram as esposas (os), e 2 % tanto para os que citaram os netos como para os que mencionaram os primos. Os genros/noras e outros familiares não tiveram qualquer tipo de importância para os idosos.

Gráfico 14 – Influência dos familiares na Institucionalização



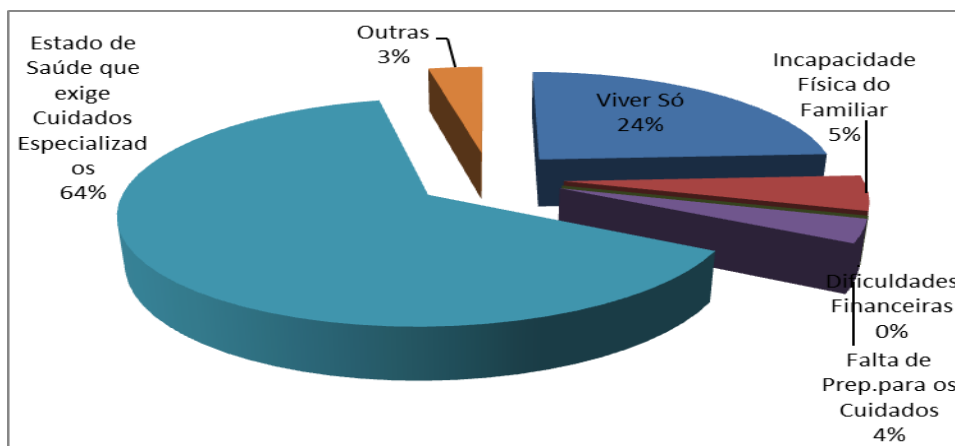
A grande maioria dos idosos (88%) foi institucionalizada por influência da família. Apenas 12 % dos casos afirmaram não ter havido qualquer tipo de interferência familiar.

Gráfico 15 – Familiar responsável pela Institucionalização



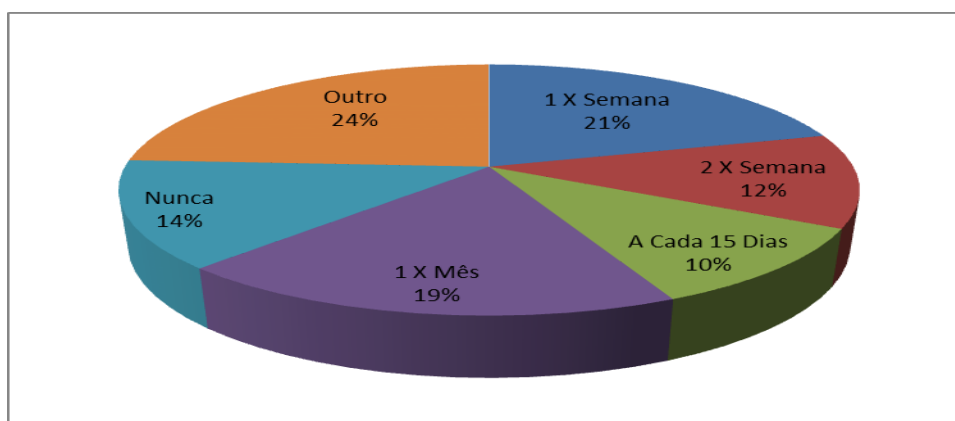
Os filhos (55%) foram quem mais exerceu influência na sua institucionalização, seguindo-se os irmãos em 14 % dos casos, os sobrinhos influenciaram 10 %, os esposos 9%, tendo 12 % dos idosos afirmado terem sido eles próprios a tratar da sua ida para o lar.

Gráfico 16 – Razão da Institucionalização na perspetiva do idoso



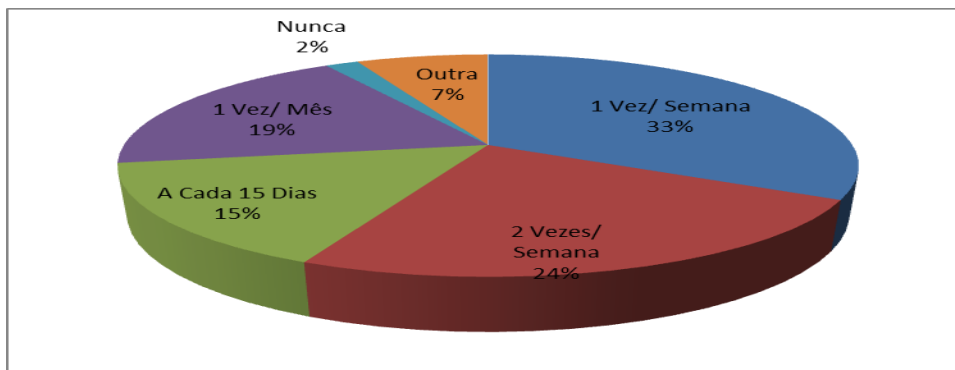
Para 64% dos indivíduos o motivo do internamento apontado foi o seu estado de saúde que exigia cuidados especializados. Para 24 %, por viver só. Para 5%, por incapacidade física do familiar cuidador. Para 4%, por falta de preparação do cuidador para os cuidados. Para 3%, por outros motivos. As dificuldades financeiras não constituíram razão para tal.

Gráfico 17 – Frequência percecionada pelo idoso do número de visitas recebidas antes da intervenção social realizada



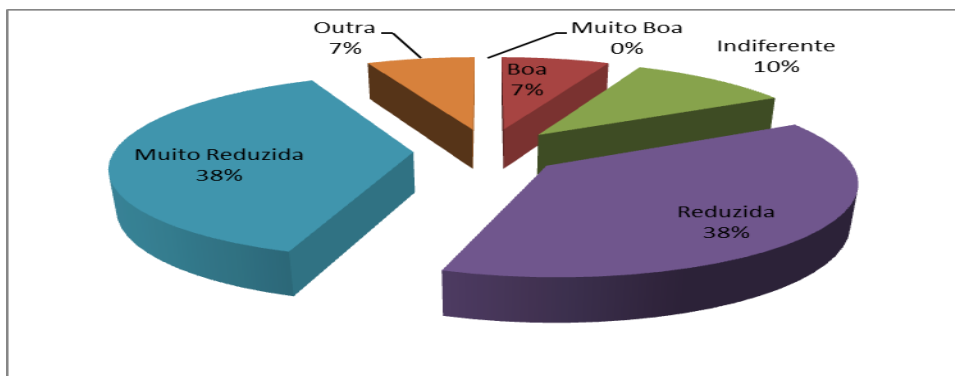
Constatámos que a perioricidade das visitas percecionada antes da intervenção era de duas vezes por semana para 12% dos residentes, uma vez por semana para 21%, a cada 15 dias para 10%, uma vez por mês para 19% e outras perioricidades (1 a 2 vezes no ano) para 24%. Referem não receber visitas 14%.

Gráfico 18 – Frequência percebida pelo idoso do número de visitas recebidas após a intervenção social realizada



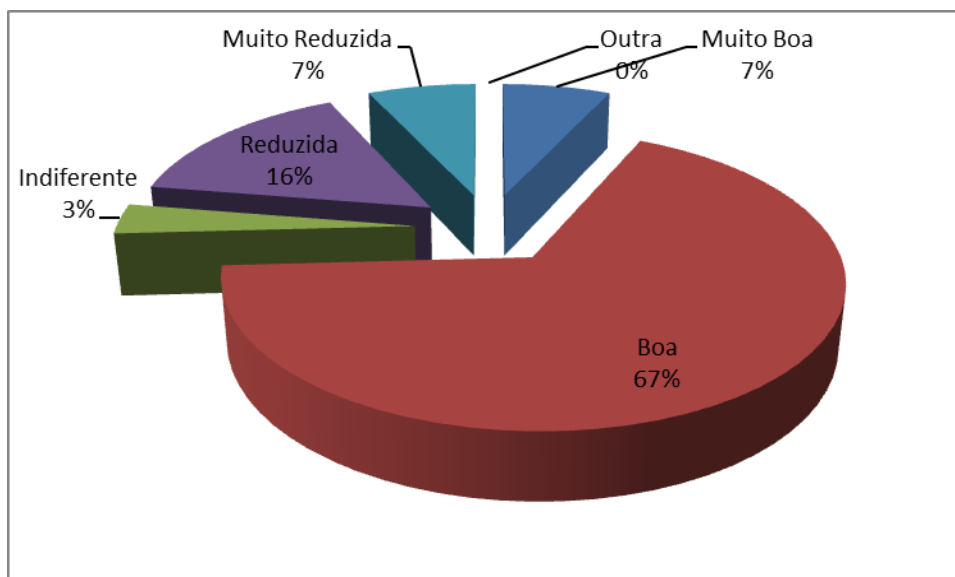
Após a intervenção, a periodicidade das visitas percebida é de duas vezes por semana para 24% dos residentes, uma vez por semana para 33%, a cada 15 dias para 15%, uma vez por mês para 19% e outras periodicidades (1 a 2 vezes no ano) para 7%. Referem não receber visitas 2%.

Gráfico 19 – Qualidade das visitas antes da intervenção na perspectiva dos idosos



Na perspectiva do idoso, antes da intervenção nenhum considerou muito boa a frequência das suas visitas e apenas 7% disseram ser boa. 10% revelaram-se indiferentes, 38% pensam que são reduzidas, registrando-se a mesma percentagem para os que afirmam serem muito reduzidas. Os restantes 7% referenciados em outra preferiram não se pronunciar.

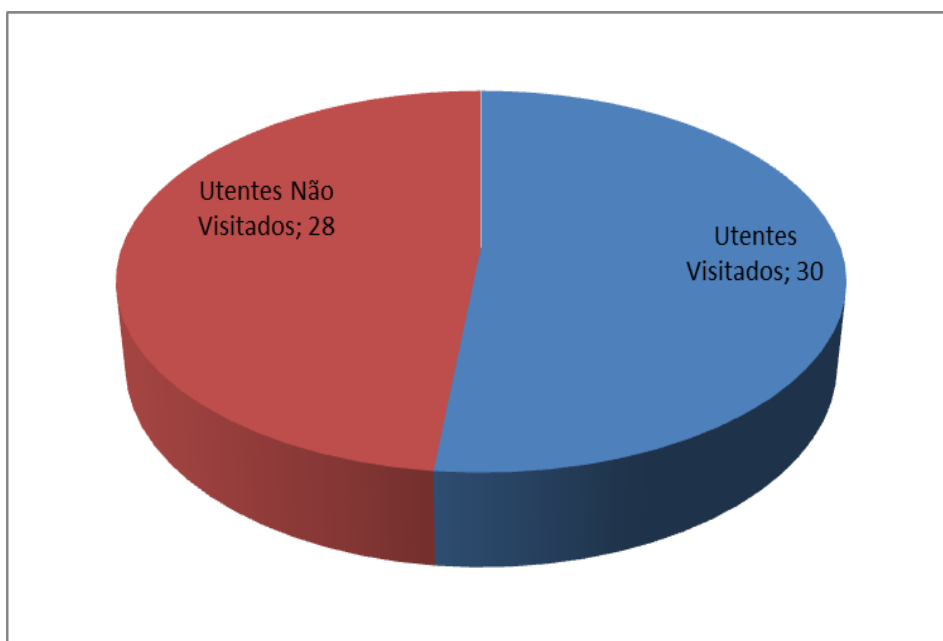
Gráfico 20 – Qualidade das visitas após a intervenção na perspectiva dos idosos



Ainda na perspectiva do idoso e após a intervenção, 7% dos residentes considerou muito boa a frequência das suas visitas, tendo-se verificado, curiosamente, os mesmos 7% para os que referiram ser muito reduzida. A grande maioria (67%) afirmou ser boa, 3% revelaram-se indiferentes e 16% consideraram-na reduzida.

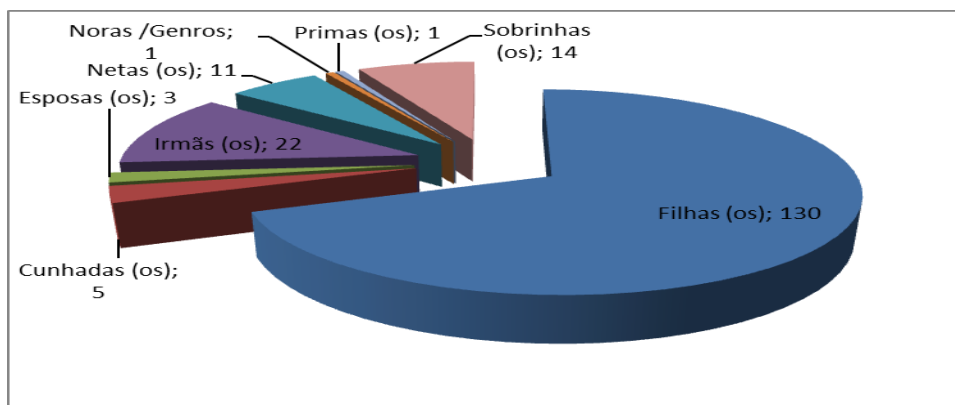
Registo de visitas efetuadas pelo rececionista do Lar José Luiz d'Andrade

Gráfico 21 – Número de visitas registadas pelo rececionista antes da intervenção



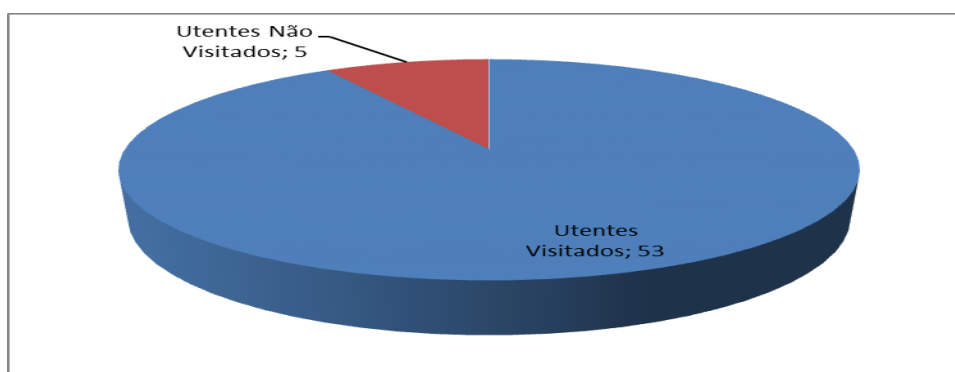
Segundo os registos efetuados pelo colaborador de serviço na portaria do Lar José Luiz d'Andrade, antes da intervenção, de 58 utentes apenas 30 receberam visitas dos seus familiares, não tendo os restantes 28 recebido nenhuma visita da família.

Gráfico 22 – Parentesco das visitas registadas pelo rececionista antes da intervenção - Total visitas 187



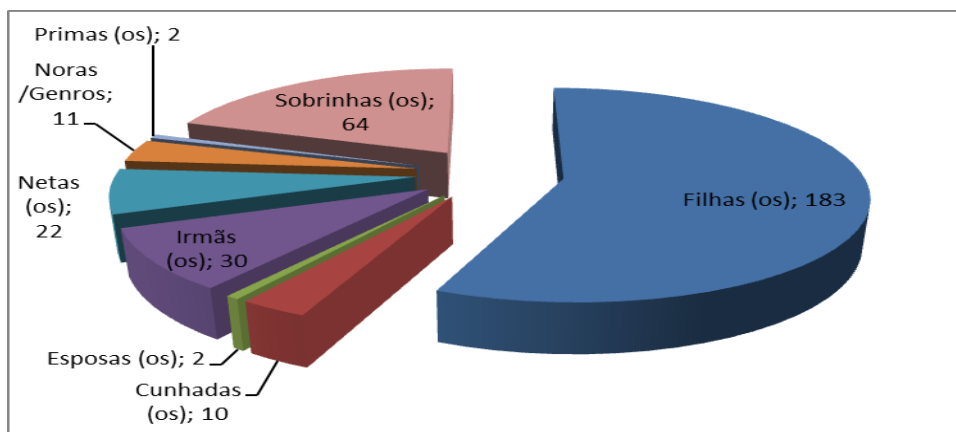
Quanto ao grau de parentesco, dos 187 familiares que visitaram os 30 residentes antes da intervenção, 130 dos visitantes eram filhas (os), 22 eram irmãs (os), 14 eram sobrinhas (os), 11 eram netas (os), 5 eram cunhadas (os), 3 eram esposas (os), 1 era prima (o) e 1 era nora/genro.

Gráfico 23 – Número de visitas registadas pelo rececionista após a intervenção



Os registos efetuados pelo colaborador de serviço na portaria do Lar José Luiz d'Andrade após a intervenção, revelaram que, de 58 utentes apenas 5 utentes não recebem visitas dos seus familiares, sendo os restantes 53 utentes visitados.

Gráfico 24 – Parentesco das visitas registadas pelo rececionista após a intervenção - Total visitas 324



Em relação ao grau de parentesco, dos 324 familiares que visitaram os 53 residentes após a intervenção, 183 são filhas (os), 64 são sobrinhas (os), 30 são irmãs (os), 22 são netas (os), 11 são noras/genros, 10 são cunhadas (os), 2 são primas (os) e os restantes 2 são esposas (os).

6.7. JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO SOCIAL

A observação diária da problemática da institucionalização, capacitou-nos para a aplicação adequada dos instrumentos metodológicos e técnicos da prática profissional, bem como para a sua análise crítica e a reflexão sobre as exigências éticas do serviço social em contexto real de trabalho.

O projeto tomou como referência a perspectiva dos idosos relativamente aos laços afetivos com os seus familiares, de que destacamos alguns excertos:

Tabela 1 - Discursos que retratam o afastamento dos idosos em relação à família

“A minha filha abandonou-me aqui e raramente me visita”
“Como eu fiquei dependente e não havia vaga para os dois, ela ficou sozinha em casa”
“Gosto tanto dos meus filhos e eles não querem saber de mim”
“Vim para o Lar porque o meu marido já não conseguia cuidar de mim. Tenho muitas saudades dele gostava que ele me visitasse mais vezes”

Fonte: Elaboração própria

As pessoas idosas desenvolvem uma ligação profunda com a sua casa porque ao longo da vida foram perdendo muitos pontos de referência externos, funções e relações sociais. Quando são obrigados a abandonar a sua residência, encaram esse afastamento como uma perda da identidade, podendo por vezes manifestar comportamentos confusos devido à adaptação a um novo espaço (Figueiredo, 2007).

De acordo com Wattis e Curran (2008), amostras de base comunitária apontam para uma prevalência de síndromes depressivas muito elevada em idosos institucionalizados, identificando cerca de 40% dos idosos que vivem em lares com depressão, apresentando sintomas como humor depressivo, perturbações de sono, falta de apetite, perda de peso, fadiga, etc.

Assim, a família representa uma ponte significativa de ligação ao passado. Nas diversas etapas do seu ciclo vital: casamento, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, “ninho vazio” e morte de um dos cônjuges, a família constitui uma fonte de segurança, de afetos e de

intercâmbio constante de sentimentos gratificantes. Na idade avançada, a família constitui pontos de referência e bem-estar para o idoso (Sousa, 2009).

As ações dirigidas aos mais velhos devem englobar holisticamente o idoso em todas as suas dimensões: biocultural, afetiva, física, mental, social e eventualmente outras. Num mundo em mudança e movimento permanentes torna-se importante procurar explicar o seu sentido, a uma população envelhecida com dificuldade de acompanhar o ritmo alucinante da sociedade atual (Amyot, 2008).

Estudos de Mallon (2000) sugerem que alguns idosos, por falta de retaguarda familiar, transferem para os profissionais do lar, o carinho que sentem pelos filhos e netos. Esperam assim conseguir um *feedback* positivo que possa colmatar a lacuna que existe nas suas vidas, pela ausência da retribuição do amor que noutros tempos dirigiram aos seus descendentes e, sobretudo, ao sentir o seu afastamento na fase da sua vida em que mais deles precisam. Não são raros os que, a título de internamento temporário se vêm a residir definitivamente nos lares, sem qualquer tipo de preparação prévia e que, cansados de mágoas e desilusões, negam a existência de familiares diretos.

Assim, é vital criar condições que permitam promover, incentivar e preservar as relações familiares. As visitas ao idoso são uma forma privilegiada de manter a interação familiar, reduzindo o impacto da institucionalização e evitando a sensação de abandono que muitos idosos referem.

A participação ativa dos idosos nos mais variados domínios, inclusivamente nos contextos de cultura e lazer, revaloriza a sua existência como cidadão e incentiva ao desenvolvimento humano. O envelhecimento surge com frequência associado a imagens de inatividade, fadiga e inércia, pelo que o incentivo à participação em atividades organizadas pelas

Instituições pode constituir um instrumento de combate ao sedentarismo e inversão do quadro de exclusão social em que muitos idosos vivem (Dias & Schwartz, 2005).

Analisada a situação, verificamos que os idosos institucionalizados estudados sentem falta da família. Neste sentido elaboramos um projeto de intervenção com o objetivo de forçar dos laços familiares.

6.8. PROJETO DE INTERVENÇÃO SOCIAL DESENVOLVIDO “REFORÇO DOS LAÇOS FAMILIARES DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS”

Enquadrado nas comemorações do «Dia da Família», dinamizamos um conjunto de iniciativas, nos dias 19 e 20 de maio de 2012, que envolveram a participação de aproximadamente 120 familiares dos utentes. O objetivo destas atividades assentou na promoção dos Laços Familiares com vista à melhoria das suas relações de proximidade. As famílias foram convocadas, por contacto telefónico, comunicado interno e programa do evento afixado em locais estratégicos. A intervenção foi baseada em conhecimentos relativos a fatores que podem causar danos ao bem-estar dos idosos, visando eliminá-los ou minimizá-los, através de técnicas e métodos específicos. Nesta linha de análise, foi aqui lançado o desenvolvimento de competências relacionais. Pelo facto de trabalharmos com pessoas idosas, com biografias diferentes, com formas diferenciadas de ser e de estar nesta fase da vida, adquirimos formas de as ajudar a desenvolver atitudes positivas e gratificantes face às suas incapacidades, a aumentar a sua autoestima, a diminuir a ansiedade, a desenvolver sentimentos de segurança e a fomentar as suas capacidades de comunicação e relação. Todos estes pressupostos só foram possíveis através da promoção de iniciativas estimulantes ao nível familiar, emocional e social. Isto implica considerar os idosos como pessoas de corpo inteiro e não como seres inferiorizados quer pela perda de capacidades, quer pela diminuição ou ausência de laços familiares.

Este tipo de intervenções exige às instituições que não se fechem em si próprias. Elas precisam desenvolver princípios que sustentem o seu quotidiano, que consolidem uma mudança de atitudes em relação à pessoa institucionalizada, através da prática de estratégias inovadoras, críticas e reflexivas.

“O lugar do idoso na família” e as “Patologias e terapêuticas dos idosos” foram os principais temas abordados pelos nossos convidados. Assim, contamos com a colaboração do pároco de Santo Tirso, dois professores universitários, um enfermeiro da instituição, uma médica do CHMA e outros intervenientes que deram voluntariamente o seu próprio testemunho, relatando na primeira pessoa os dilemas vivenciados aquando da institucionalização do seu familiar. A animação, seguida de lanche convívio, ficou a cargo do grupo de dança “Jazzmove” do Ginásio Clube de Santo Tirso e do grupo musical local “Sanguinhedo”. Todos os momentos foram fotografados e filmados, sendo que, ao final de cada dia, as fotos iam sendo afixadas na entrada do Lar José Luiz d’Andrade em *placard* instalado para o efeito, e as filmagens foram projetadas diariamente, à noite, na sala de convívio. Posteriormente, o evento foi divulgado à comunidade, através do *site* da Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso e da Revista da Misericórdia.

A intervenção permitiu uma reflexão com os idosos e seus familiares sobre as repercussões que a institucionalização poderá causar na vida dos residentes sem retaguarda familiar, podendo o seu abandono em instituições constituir algum tipo de violência em determinadas situações. O discurso dos oradores refletiu o triângulo relacional que envolve o idoso, a família e a instituição de acolhimento. Desta forma, entram em palco atores com características, objetivos e comportamentos diferentes. Num dos vértices do triângulo, os idosos, estereotipados pela sociedade ocidental como inúteis, senis e dependentes, apesar de alguns atingirem esta fase de vida em situação de elevada funcionalidade. No outro vértice, a família contemporânea, que ao enfrentar um conjunto de desafios entre os quais se destacam o aumento dos divórcios, das famílias monoparentais e das reconstruídas, do elevado número de mulheres no mercado de trabalho e da mobilidade geográfica que complexifica e distancia as ligações familiares, acaba por se demitir das suas funções remetendo-as para a esfera social. Por fim, o vértice ocupado pelas instituições que, em

situações adversas, garante a proteção dos grupos mais vulneráveis indo ao encontro das suas expectativas.

Foi referido pelos técnicos convidados que os idosos, na sua maioria mulheres e geralmente com baixos níveis de escolaridade, têm bastante dificuldade em ser integrados na família atual, cujos padrões comportamentais mudaram, não existindo já disponibilidade para acolher no seu seio pessoas que já não produzem, e onde os filhos e, sobretudo os netos, têm um elevado grau de instrução. Em termos de sabedoria, nada transmitem aos jovens, verificando-se conflitos entre gerações que desregulam a dinâmica familiar, principalmente quando existem patologias associadas e, à medida que a sua rede social também se vai desmantelando, os amigos vão-se afastando ou morrendo, a institucionalização, muitas vezes associada a estereótipos que fazem com que os idosos associem o Lar a um depósito de velhos, parece ser a solução possível.

Porém, se nesta fase o idoso já tiver esgotado as suas capacidades de reserva e de adaptação, a ausência do suporte familiar pode desencadear uma série de patologias, que em situações extremas podem desencadear a morte. A patologia do idoso é diferente da patologia de um jovem, não tendo por vezes as queixas clínicas nada a ver com a patologia. O novo ambiente estranho e, principalmente, a ausência da família, pode destabilizar ainda mais o idoso física e psicologicamente, sobretudo os mais velhos e os mais dependentes. O amor, o carinho e a presença da família são fundamentais para as pessoas idosas.

Assim, foi valorizado o papel da família atual, que apesar de em mutação, continua a ser a mais antiga instituição social humana, e também a mais importante, constituindo o principal pilar de apoio dos idosos. O reforço dos Laços Familiares quando promovidas pela instituição de acolhimento, fortalece ainda mais esses laços, tornando a institucionalização menos dolorosa e menos difícil de superar.

A articulação dinâmica e integrada entre as diversas atividades permitiu o desenvolvimento de competências específicas fundamentais para a intervenção face a problemas sociais complexos e multifacetados no domínio das relações humanas.

Os desafios aqui lançados resultam de observações gerais que precisam ser aprofundadas. Neste trabalho procuramos refletir, à luz da Gerontologia, sobre a dinâmica da condição dos idosos institucionalizados e sua implicação na qualidade de vida dos idosos, tentando implicar toda a família nesta caminhada.

Trata-se de construir uma nova sinergia entre o pensar e o agir, de modo a que a institucionalização do idoso não signifique o seu abandono e a sua desintegração familiar.

Promover, por parte das instituições, a articulação entre utentes e seus familiares deve tornar-se um hábito constante. Esta intervenção não se esgota nas atividades aqui enunciadas. Neste sentido, apresentamos de seguida os detalhes desta intervenção a realizar de forma cíclica. Esta atividade irá repetir-se trimestralmente.

6.9. ATIVIDADES

Tabela 2 - Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto

OBJETIVO	ATIVIDADE	ESTRATÉGIA	DATA
Habituação dos familiares a participar nas atividades desenvolvidas	Divulgação	Familiares são convidados a participar no evento	19 de maio de 2012
Sensibilização para a importância da manutenção de relações de afetividade	Apresentação do tema "O lugar do idoso na família"	Reflexão com os idosos e seus familiares sobre as repercussões da institucionalização	19 de maio de 2012
Proporcionar momentos de lazer e bem-estar	Animação	Atuação de um grupo de dança moderna	19 de maio de 2012
Promoção das relações de afetividade	Convívio intergeracional	Distribuição de um lanche diversificado	19 de maio de 2012
Promoção do envelhecimento ativo	Apresentação do tema "Patologias e terapêuticas dos idosos"	Power point sobre as principais patologias associadas ao envelhecimento	20 de maio de 2012
Entretenimento e relaxamento	Diversão	Atuação de um grupo musical	20 de maio de 2012
Reforçar os laços familiares	Convívio intergeracional	Distribuição de um jantar	20 de maio de 2012

Fonte: Elaboração própria

7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

O afastamento prolongado da família ocasiona, na maioria dos casos, depressão, angústia e solidão no idoso, que se sente abandonado. O técnico de serviço social deve proporcionar e motivar a integração da família com o idoso dentro da instituição, mostrar à família a importância das visitas periódicas aos idosos, promover a sua participação em eventos da instituição, como festas temáticas, aniversários, atividades de lazer, sendo importantes para o bem-estar dos idosos, o reatar os vínculos familiares.

A instituição não substitui a família, em muitos casos pode ser vista como a ampliação da família, com laços e vínculos igualmente significativos. O maior vínculo do idoso deve ser porém com sua família.

Com base nos resultados obtidos, pretendemos implementar novas estratégias que fomentem a proximidade entre as famílias e os idosos institucionalizados, com vista à manutenção de um contacto estreito entre ambos.

Com este estudo, aprofundámos os aspetos relacionados com o reforço dos laços familiares entre o idoso institucionalizado e a família, com vista à promoção das suas relações de proximidade.

Consideramos que este projeto teve como pontos fortes a manutenção e o incentivo ao contacto estreito entre a pessoa institucionalizada e a sua família, assim como a promoção do bem-estar para ambas as partes. Proporcionou, entre outras coisas, a possibilidade de ultrapassar eventuais conflitos existentes antes ou aquando da institucionalização e a manutenção dos laços afetivos.

Face ao sucesso dos resultados obtidos, não foram registados pontos fracos nesta intervenção.

Ao nível das oportunidades, a estratégia de termos aproveitado o Dia da Família foi sem dúvida uma mais-valia que facilitou o desenvolvimento deste projeto, estimulando a sua repetição ao longo de vários outros momentos.

Quanto às ameaças, há apenas a registar a pequena dimensão do parque de estacionamento. Verificou-se que alguns familiares ficaram desagradados, abandonaram o local e acabaram por não regressar.

8. CONCLUSÃO

Com o passar dos anos os indivíduos têm mais tendência para sofrer desajustes físicos, psíquicos e sociais. Afastar o idoso do seu *habitat* e da família pode ser um processo penoso e desgastante.

A percepção de perda, abandono, rejeição ou de desamparo pode desencadear no idoso sentimentos de tristeza e solidão geralmente associados à sensação de vazio e à perda de autonomia. A solidão emocional resulta da ausência de vínculos relacionais.

Estamos agora em condições de dar resposta à pergunta de partida: como reforçar os laços familiares dos idosos institucionalizados no Lar José Luiz d'Andrade?

O projeto de intervenção permitiu-nos revitalizar os laços afetivos, contrariando as tendências das famílias modernas, caracterizadas por um enfraquecimento dos laços familiares. As atuais redes de parentesco tendem a deixar de ser um suporte e uma referência para os seus membros. Este projeto foi uma oportunidade para uma reflexão sobre as repercussões que a institucionalização poderá causar vida na dos residentes.

Os resultados obtidos permitem-nos verificar que o aumento significativo das visitas recebidas por parte dos familiares gerou fluxos emocionais bastante positivos, a par de uma significativa melhoria das suas relações familiares, observando-se, após a intervenção, que os idosos estão agora mais seguros e tranquilos, tendo-se revelado também um aumento dos níveis de satisfação geral com a vida. Antes da institucionalização a maioria dos utentes (52%) disse ter tido uma relação mais/menos com a família, seguidos pelos 29% que tinham boa relação, depois os que referem ter tido más relações (10%) e, por fim, os 9% que mantinham

ótimas relações. Depois da institucionalização, e estabelecendo comparações entre os dois períodos estudados (antes e depois da intervenção), os idosos que consideraram as relações com a família muito satisfatórias subiu respetivamente de 5% para 7%, os que referiram que as suas relações são satisfatórias passaram de 29% para 58%, os indiferentes (5%) mantiveram a mesma opinião, os pouco satisfeitos diminuíram de 38% para 21 % e os nada satisfeitos desceram de 23% para 9%.

O número de idosos que revelaram em entrevista ter duas visitas por semana aumentou 12% após a intervenção, registando-se o mesmo valor para os que afirmaram ser visitados uma vez por semana. As visitas quinezeais sofreram um aumento de 5%, tendo-se mantido constantes, em 19%, as que ocorriam uma vez por mês. O número de idosos que não era visitado diminuiu 12%. Assim sendo, após a intervenção, houve uma alteração da perceção dos idosos relativamente à qualidade das visitas: registou-se um aumento de 7% dos que consideraram a frequência das visitas “muito boa” e um aumento de 60% dos que a consideraram “boa”. Os indiferentes registaram uma redução de 7% e, por fim os que consideravam as visitas reduzidas ou muito reduzidas diminuíram 22% e 31% respetivamente.

Pelos registos efetuados em impresso próprio para o efeito pelo colaborador de serviço na portaria do Lar José Luiz d’Andrade durante os dois períodos distintos, pudemos constatar que o número de visitas aumentou de 187 para 324, isto é, houve um aumento de 137 visitas, o que equivale a um incremento de 73%. Os utentes visitados passaram de 30 (52%) para 53 indivíduos (91%), sendo que os utentes que não receberam visitas de familiares registaram uma redução de 28 (48%) para 5 indivíduos (9%), isto é, 23 idosos não visitados anteriormente passaram a sê-lo, o que corresponde a um incremento de 82%.

Relativamente ao aumento em 25% do número total de visitas dos familiares aos idosos institucionalizados, constatamos que este valor foi largamente superado, tendo atingido 73%, isto é, houve um aumento de 137 visitas.

Os resultados obtidos tiveram durabilidade no tempo, uma vez que a manutenção do contacto com a família se manteve com regularidade.

Pensamos ter dado resposta aos objetivos propostos, sendo certo que as dificuldades decorrentes da necessidade de compatibilizar as atividades profissionais com as académicas tiveram que ser superadas.

Estamos convictos que um conhecimento mais aprofundado da realidade vivida nas instituições geriátricas e uma adequada intervenção visando o estabelecimento de relações harmoniosas entre os idosos institucionalizados e os seus familiares, alia bem-estar a qualidade de vida.

Propomo-nos dar continuidade a este projeto, uma vez que desenvolvemos atividade profissional nesta Instituição, encetando novas iniciativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amyot, J. (2008). *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris: Dunod.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro et C. Paúl (Eds.). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Azeredo, Z. (2008). A família como núcleo de mudança cultural. In V. Jorge e J. Macedo. *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos às sociabilidades*. Porto: Editora Afrontamento.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual, *Sociologia*. 15, 289-301.
- Bernal, A.; Gutiérrez, J. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guia de actuación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Imserso.
- Câmara Municipal de Santo Tirso. (2007). *Santo Tirso conVida*. Santo Tirso. Disponível em <http://www.cm-stirso.pt/>, consultado em 22 de Janeiro de 2012.
- Carmo, H. (2008). *Intervenção Social com Grupos*. Lisboa: Universidade Aberta
- Carvalho, T. (2009). Exercício físico e envelhecimento. In F. Rosa Neto & cols. *Manual de Avaliação Motora para a Terceira Idade*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Costa, M. A., e Carreira, L. (2005). A produção de conhecimento científico em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal. *Sinais Vitais*, 60, 13 - 19.
- Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento
- Dias, I. (2012). A violência sobre pessoas idosas. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento*. Porto: Euedito.

- Dias, V.; SCHWARTZ, (2005). O lazer na perspectiva do indivíduo idoso. *Revista Digital*, 87, 16-29.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidadores familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fonseca, A.M. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In C. Paúl, et A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, R. (2012). Equipamentos e serviços de apoio ao idoso. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento*. Porto: Euedito.
- Giddens, A. (2007). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gonçalves, R. (2003). *Violência e Vítimas de crimes*. Coimbra: Quarteto
- Imaginário, C.(2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Mallon, I. (2000) Vivre en maison de retraite, mais vivre...In Informations Sociales – Veillir: L'avancée en âge.
- Neves, S.; Fávero, M. (2010) *Vitimologia: ciência e activismo*. Coimbra: Almedina
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2005). *Relatório Mundial de Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Papalia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida. ISBN 972-40-100007.
- Paúl, C.(2005) A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, et A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereirinha, J. (2008) Política Social. *Formas de Actuação no Contexto Europeu*. Lisboa: Universidade Aberta
- Pérsico, L. (2010). *Como melhorar a sua capacidade mental*. Lisboa: Plátano Editora
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Pimenta, G.; Costa, A.; Gonçalves, L.;& Alvarez, A. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 609-614.
- Quivy, R; Campenhoudt , L.(1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro,O.; Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rodrigues, R, (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Romão, A.; Pereira, A. & Guerra, I. (2007) *Estudo Prospectivo sobre a adequação das respostas da SML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) às necessidades dos Cuidadores informais de Idosos*. Lisboa: CET-ISCTE.
- Romão, P; Pais, S. (2007). *Educação Física*. Porto: Porto Editora.

- Rosa Neto, F.& cols. (2009). *Manual de Avaliação Motora para a Terceira Idade*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Secchi, S. R (2008). *Memória do idoso: o papel da Terapia Ocupacional*. Campinas: Metrocamp.
- Sousa, L. (2009). *Families in later life: emerging themes and challenges*. New York: Data.
- Wattis, J. & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Zimmerman, G. (2007). *Velhice – Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXO 1

Instrumento de recolha de dados sociodemográficos

**QUESTIONÁRIO SOCIDEMOGRÁFICO**

1. Nome				
2. Idade				
3. Número de filhos				
4. Género	Masculino			
	Feminino			
5. Estado civil	Solteiro			
	Casado			
	Viúvo			
	Divorciado			
6. Habilitações literárias	Analfabeto			
	1º Ensino Básico (1º - 4º ano)			
	2º Ensino Básico (5º - 6º ano)			
	3º Ensino Básico (7º - 9º ano)			
	Ensino Secundário (10º - 12º ano)			
	Ensino Superior			
Outro				
7. Profissão anterior à reforma	Doméstica			
	Agricultor			
	Operário			
	Motorista			
	Costureira			
	Comerciante			
	Industrial / Empresário			
	Professor			
	Funcionário Administrativo			
	Outro			
8. Local de residência	Predominantemente rural			
	Predominantemente urbana			
9. Há quanto tempo está Institucionalizado	Meses			
	Anos			

Data: ____/____/____

ANEXO 2

Instrumento de recolha de dados sobre as relações familiares



Minhas Relações Familiares (Silva Neto, 2011)

1. Qual a Importância da Família para Si?

- Muito Grande
- Grande
- Indiferente
- Pequena
- Muito Pequena

2. Como era a sua Relação com seus Familiares antes da Institucionalização?

- Óptima
- Boa
- Mais ou Menos
- Má
- Péssima

3. Actualmente, como considera as Suas Relações Familiares?

- Muito Satisfatórias
- Satisfatórias
- Indiferentes
- Pouco Satisfatórias
- Nada Satisfatórias

4. Actualmente, qual o/a Familiar mais Importante para Si?

- Filho ou Filha
 - Genro ou Nora
 - Esposo ou Esposa
 - Neto ou Neta
 - Irmão ou Irmã
 - Sobrinho ou Sobrinha
 - Primo ou Prima
- Se for outro/a (Por favor, especifique)
-

5. Considera que houve alguma Influência da Sua Família na Sua Institucionalização?

- Sim
 - Não
 - Talvez
- De quem? (Por favor, especifique)
-



6. Qual a Razão da Sua Institucionalização?

- Vivia Só
- Incapacidade Física do/a Familiar
- Dificuldades Financeiras
- Falta de Preparação para os Cuidados
- Estado de Saúde que Exige Cuidados Especializados
- Outras (Por favor, especifique) _____

7. Com que Frequência recebe Visita de Familiares na Instituição?

- 1 Vez por Semana
- 2 Vezes por Semana
- A Cada 15 Dias
- 1 Vez por Mês
- Nunca
- Outra (Por favor, especifique) _____

8. Como considera a Frequência das Visitas Familiares Recebidas?

- Muito Boa
- Boa
- Indiferente
- Reduzida
- Muito Reduzida
- Outra (Por favor, especifique) _____

Muito obrigada!

ANEXO 3

Instrumento de recolha de dados sobre os registos das visitas

ANEXO 4

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: “Reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados”.

Nome do/da Participante: _____

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação, bem como os objetivos do estudo e da confidencialidade da informação.

Foi-me possibilitado fazer as perguntas que considere necessárias.

Foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às questões que me forem solicitadas

Santo Tirso, ____ de _____ de 201__

Assinatura do/da participante no estudo:

Assinatura da investigadora do estudo:

(Esta página deste documento é duplicada: uma via para o processo, outra via para entrega à pessoa que consente)