

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Intervenção Social e Direitos Humanos das Pessoas Idosas

Vera Lúcia Terra Mesquita

Doutoramento em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria Júlia Cardoso, Professora Auxiliar Convidada Jubilada do
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2024

Departamento de Sociologia e Políticas Públicas

Intervenção Social e Direitos Humanos das Pessoas Idosas

Vera Lúcia Terra Mesquita

Doutoramento em Serviço Social

Júri:

Doutor, Pablo Álvarez-Pérez, Professor Associado do ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa (Presidente do Júri)

Doutora, Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz, Professora
Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da
Universidade de Coimbra

Doutora, Vanda Sofia Braz Ramalho, Professora Auxiliar do
Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa- Universidade
Lusíada

Doutor, Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar do ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Maria Júlia Faria Cardoso, Professora Auxiliar
Convidada Jubilada do ISCTE - Instituto Universitário de
Lisboa

Dezembro, 2024

Dedico esta tese às pessoas idosas com quem me tenho cruzado ao longo do meu percurso profissional.

Agradecimento

Primeiramente, gostaria de expressar minha sincera gratidão à minha orientadora, a Professora Maria Júlia Cardoso por sua orientação, apoio e encorajamento.

Agradeço aos Assistentes Sociais que disponibilizaram o seu tempo para participar na investigação.

Manifesto também o meu agradecimento aos responsáveis pelas estruturas residenciais para pessoas idosas que me receberam e permitiram a aplicação das dinâmicas de focus group.

Às pessoas idosas que se disponibilizaram para partilhar informações sobre a sua vida.

Aos meus pais que sempre me incentivaram em todo o meu percurso académico

Agradeço ao Bruno a paciência e o apoio durante os períodos de intensa dedicação ao meu doutoramento.

A todos os que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, o meu mais profundo agradecimento.

Resumo

A tese, intitulada *Intervenção Social e Direitos Humanos das Pessoas Idosas*, foi desenvolvida no âmbito do Programa Doutoral em Serviço Social da Escola de Sociologia e Políticas Públicas do ISCTE-IUL.

O estudo centra-se nos direitos humanos das pessoas idosas que residem em estruturas residenciais, instituições que têm como missão cuidar e assegurar o bem-estar dos residentes, tendo como objetivo principal perceber até que ponto são respeitadas dimensões fundamentais dos direitos humanos no processo de cuidar destas instituições.

No quadro de análise dos direitos humanos das pessoas idosas não nos cingimos apenas a direitos mais básicos como é o caso da alimentação, higiene e conforto, pese embora a sua importância na qualidade de vida e no bem-estar; abordam-se, também, e com especial atenção, direitos como a liberdade de gerir os bens, a liberdade de decisão e a liberdade de opinião, incluídos no que é considerado um direito fundamental para as pessoas idosas em meio institucional: o direito à autodeterminação. Procurou-se, ainda, perceber se os modelos de gestão e organização das instituições, principalmente no que respeita aos mecanismos de poder, têm influência no respeito pelos direitos humanos.

O estudo realizado é de natureza exploratória, tendo sido privilegiada uma estratégia metodológica mista; como instrumentos de recolha de dados optou-se por questionário dirigido a assistentes sociais e a dinâmicas de focus groups com pessoas idosas, tendo participado 137 assistentes sociais e 20 pessoas idosas residentes em estruturas residenciais, respetivamente.

Foi possível obter conhecimento mais abrangente sobre o respeito pelos Direitos Humanos em contexto residencial. Traçou-se um perfil de instituições que acolhem pessoas idosas, identificando pontos fortes e pontos fracos, apontando caminhos e modelos de intervenção que cumpram o dever de assegurar os direitos dos residentes.

Palavras chave: Direitos Humanos, Pessoa Idosa, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Abstract

The thesis, entitled Social Intervention and Human Rights of Elderly People, was developed within the scope of the Doctoral Program in Social Service at the School of Sociology and Public Policies at ISCTE-IUL.

The study focuses on the human rights of elderly people who live in residential structures, institutions whose mission is to care for and ensure the well-being of residents, with the main objective of understanding the extent to which fundamental dimensions of human rights are respected in the process of taking care of these institutions.

In the framework of analyzing the human rights of elderly people, we do not limit ourselves only to more basic rights such as food, hygiene and comfort, despite their importance in the quality of life and well-being of the elderly; rights such as the freedom to manage their assets, freedom of decision and freedom of opinion are also addressed, and with special attention, included in what is considered a fundamental right for elderly people in an institutional environment: the right to self-determination . We also sought to understand whether the management and organization models of institutions, especially with regard to power mechanisms, have an influence in respect to human rights.

The study carried out is exploratory in nature, with a mixed methodological strategy being preferred; as data collection instruments, a questionnaire aimed at social workers and focus group dynamics with elderly people were chosen, with 137 social workers and 20 elderly people living in residential structures participating, respectively.

Finally, conclusions were drawn that allowed us to have a more comprehensive knowledge about respect for the human rights of elderly people living in institutions. A profile of institutions that accommodate elderly people was drawn up, identifying strengths and weaknesses, and pointing out paths and intervention models that prioritize the active participation of elderly people.

Keywords: Human Rights, Elderly people, Residential Structures for Elderly People.

Índice

Resumo	iii
Abstract.....	v
Índice	vi
Introdução.....	1
CAPÍTULO 1- Direitos Humanos e Envelhecimento.....	6
1-Emergência e desenvolvimento dos Direitos humanos	6
2-Instrumentos Orientadores em matéria de Direitos Humanos das Pessoas Idosas	16
3-Direitos Humanos e Políticas de Proteção no Envelhecimento	24
CAPÍTULO 2 - Envelhecimento e Mudanças Sociais	39
1-Envelhecimento demográfico, um desafio societário	39
2-Família e envelhecimento.....	43
3-A Pessoa Idosa numa sociedade em mudança: novos papéis, novas fragilidades sociais?	52
CAPÍTULO 3- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – um lugar de promoção dos Direitos Humanos?	59
1-Instituições de Apoio a Pessoas Idosas em Portugal – génese e desenvolvimento.....	59
2-As relações de poder nas instituições	66
3-Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, conceito princípios e valores	70
4- Análise das respostas sociais para pessoas idosas no quadro das políticas públicas....	75
5- A prestação de cuidados em Estruturas Residenciais e os Direitos Humanos – riscos e desafios.....	80
6- O Serviço Social nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – um lugar de compromisso com os Direitos Humanos.....	95
CAPÍTULO 4- Metodologia	101
1-Questões de Investigação e Objetivos da Pesquisa.....	101
2-Métodos de investigação	102

3-Universo e amostra.....	104
3.1- Caracterização das amostras	105
4-Procedimentos Éticos	108
 CAPÍTULO 5- Apresentação e discussão dos dados	 110
1-Direitos Humanos e Envelhecimento	110
2-Mudanças sociais, família e sociedade	119
3- As estruturas residenciais para Pessoas Idosas e a promoção de Direitos Humanos .	122
4-Família e sociedade.....	145
5-Acolhimento e adaptação á instituição	147
6-Vida na instituição e dimensões de liberdade, autonomia e autodeterminação no quotidiano.....	149
 Conclusões e identificação de estratégias para a promoção de Direitos Humanos no Envelhecimento	 155
Fontes	162
Bibliografia.....	163
 Apêndice A- Técnicas de poder disciplinar segundo Foucault	 171
Apêndice B- Caracterização das amostras	173
Apêndice C- Declaração para as instituições	174
Apêndice D- Declaração de Consentimento Informado	175
Apêndice E -Guião de para focus groups.....	176
Apêndice F- Análise conceptual focus groups	178
Apêndice G- Questionários.....	230

Índice de quadros

Quadro 1- Práticas de violação de direitos das pessoas idosas em estruturas	89
Quadro 2- Dados profissionais	106
Quadro 3- Declaração Universal dos Direitos do Homem	111
Quadro 4- Conhecimento e análise de instrumentos orientadores na área dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas.....	112
Quadro 5- Respeito pelos princípios associados ao conceito de dignidade em contexto institucional	114
Quadro 6- Aspetos a serem alterados na sociedade portuguesa para dignificar o envelhecimento.....	114
Quadro 7- Perspetivas socio-políticas sobre o envelhecimento	116
Quadro 8-Relação do Agressor com a pessoa idosa	118
Quadro 9- Pessoa idosa e sociedade.....	119
Quadro 10- O papel da família nos cuidados à pessoa idosa	120
Quadro 12- Gestão quotidiana das estruturas residenciais	123
Quadro 11- Papel das famílias na integração das pessoas idosas em Estruturas Residenciais	121
Quadro 13-Formas de promoção de empowerment nas instituições.....	126
Quadro 14- Fatores facilitadores da integração da pessoa idosa numa	127
Quadro 15- Pessoa que assina contrato de prestação de serviços nas instituições.....	128
Quadro 16- Regime do maior acompanhado	129
Quadro 17- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da alimentação	130
Quadro 18- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível do vestuário.....	132
Quadro 19- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível do	133
Quadro 20-Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da participação	134
Quadro 21-Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da Saúde.....	135
Quadro 22- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da equipa.....	136
Quadro 23-Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível das amenidades	137
Quadro 24- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da segurança.....	138
Quadro 25- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da privacidade	139
Quadro 26- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da higiene.....	140
Quadro 27- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível do tratamento	141
Quadro 28- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da Sexualidade	142
Quadro 29- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da religiosidade	142

Quadro 30- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da comunicação.....	143
Quadro 31- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível patrimonial	144

Índice de gráficos

Gráfico1- Tipo de instituição em que exerce funções	107
Gráfico 2- Distrito em que exerce funções	108
Gráfico 3- Envelhecimento populacional, um desafio, um problema ou ambos	117
Gráfico 4- Tomada de conhecimento de situações de violência contra pessoas idosas pelos assistentes sociais	118
Gráfico 5- Prevalência de uma	125
Gráfico 6- Relação de poder entre os dirigentes e as pessoas idosas	125
Gráfico 7- Capacidade de promoção do empowerment nas estruturas residenciais	126
Gráfico 8- Pessoa idosas residentes em instituições que têm um representante legal.....	129
Gráfico 9- Análise do regime do maior acompanhado	129
Gráfico 10- Opinião das pessoas idosas sobre as ementas.....	131
Gráfico 11- A opinião das pessoas idosas é tida em conta na elaboração das ementas.....	132

Glossário de Siglas

ERPI- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

CD- Centro de Dia

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

ONG- Organização Não Governamental

Introdução

As questões relacionadas com os Direitos Humanos tiveram o seu maior desenvolvimento durante o século XX, especificamente, após a II Guerra Mundial, na sequência dos atos de grande barbárie que a caracterizaram. Em 1945, na Conferência de S. Francisco, organizada para redigir a Carta das Nações Unidas, e nos trabalhos da Comissão Preparatória das Nações Unidas é identificada a urgência e compromisso de “promover e estimular o respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião” (artigo 1.º, n.º 3) o que deu origem à criação, em 1946, da Comissão dos Direitos do Homem, sob a responsabilidade do Conselho Económico e Social.

Na sequência dos trabalhos desenvolvidos e das diversas propostas submetidas à Assembleia geral das Nações Unidas, foi aprovada, em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Na mesma data “a Assembleia Geral solicitou à Comissão de Direitos Humanos que preparasse, com carácter prioritário, um projeto de pacto sobre direitos humanos e um projeto de medidas de aplicação” (PGR, 2001:5) de que resultaria a aprovação, em 16 de dezembro de 1966, do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e do Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (idem:6)¹. De realçar que, incluídos nos direitos económicos, sociais e culturais reconhecidos, encontra-se o direito à proteção social, o direito ao trabalho, o direito ao repouso e lazer, a um nível de vida que assegure a saúde e o bem-estar, o direito à educação e o direito de tomar parte na vida cultural da comunidade (ibidem: 8). Os direitos Cívicos e Políticos dizem respeito, entre outros, ao direito à vida, ao direito a não ser submetido a tortura, escravidão ou servidão, ao reconhecimento da personalidade jurídica e da liberdade de pensamento, de consciência e de religião.

A trajetória seguida em matéria de Direitos Humanos tem vindo a desenvolver-se em domínios específicos, relacionados com condições de maior vulnerabilidade social a que estão sujeitos alguns grupos da população, suscetíveis de por em causa os seus direitos: entre outros, as crianças, as pessoas com deficiências, os migrantes e as pessoas idosas.

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios das últimas décadas. É um desafio a vários níveis, principalmente a nível das políticas sociais, dos serviços de saúde, das famílias e também das instituições que apoiam as pessoas idosas.

Apesar do grupo das pessoas idosas ser bastante heterogéneo, os primeiros estudos realizados e publicações sobre o envelhecimento revelam a sua associação à incapacidade, ao

¹ Contudo, os Pactos Internacionais referidos entram em vigor apenas em 1976

défice, à dependência (Cardoso, 2018), seja em atividades de vida diária, seja na tomada de decisão sobre aspetos da vida quotidiana. Novas tendências têm vindo a recusar tal associação, sendo responsáveis por uma nova visão que tanto criou novos conceitos – envelhecimento ativo, envelhecimento saudável, envelhecimento bem sucedido – como colocou na agenda da sociedade a necessidade de garantir os direitos das pessoas mais velhas, sobretudo quando confrontadas com a necessidade de cuidados sociais e de saúde.

Numa ótica de promover os direitos humanos das pessoas idosas ao longo dos anos têm vindo a ser implementados alguns instrumentos orientadores, nomeadamente: o Plano de Ação de Viena de 1982; a Resolução 46/91, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 16 de Dezembro de 1991; a Declaração Sobre o Envelhecimento aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1992, o Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento de Madrid de 2002 e a Declaração de Lisboa de 2017.

O Plano de Ação de Viena, de 1982, foi um marco relevante na abordagem às questões relacionadas com o envelhecimento. Enfatizou a necessidade de uma resposta integrada e multidisciplinar direcionada para promoção do envelhecimento ativo e saudável, destacando a importância de garantir direitos, dignidade e qualidade de vida para os idosos. A Resolução 46/91 (1991), reafirmou o compromisso da comunidade internacional em melhorar as condições de vida dos idosos, abordando questões como a discriminação por idade, a necessidade de políticas sociais e a promoção da participação das pessoas idosas na sociedade. A Declaração Sobre o Envelhecimento, de 1992, complementou os esforços anteriores e forneceu princípios e diretrizes para os Estados membros sobre como abordar o envelhecimento, promovendo a autonomia, a participação e o respeito pelos direitos dos idosos. O Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento, Madrid, de 2002, propôs estratégias para promover o envelhecimento ativo e saudável, reconhecendo a diversidade das experiências de envelhecimento e a necessidade de políticas adaptadas a diferentes contextos culturais e sociais. A Declaração de Lisboa, de 2017, reafirmou o compromisso da comunidade internacional em relação aos direitos dos idosos, destacando a importância da inclusão e da participação ativa dos idosos na sociedade. Enfatizou a necessidade de um enfoque multidisciplinar para enfrentar os desafios do envelhecimento, promovendo a dignidade e o bem-estar dos cidadãos mais velhos. Estes documentos refletem a evolução das políticas e estratégias globais em relação ao envelhecimento da população, orientando a sociedade e os governos para a necessidade de assegurar os direitos das Pessoas Idosas, não só através de medidas de política como nos modos de agir no quadro das relações que se estabelecem nos contextos de vida, incluindo no das instituições que têm como responsabilidade cuidar dos que apresentam algum quadro de

fragilidade.

Assim, e com base no quadro global dos Direitos Humanos e considerando-se a importância da sua garantia ao longo do ciclo de vida, em particular nas idades mais avançadas, o estudo partiu das seguintes questões de investigação: como são assegurados os direitos humanos em instituições residenciais que prestam cuidados a Pessoas Idosas, designadamente o direito à dignidade, à autonomia, à autodeterminação? Apesar de criadas para os proteger, quais as principais violações dos direitos humanos enfrentadas pelos idosos residentes nessas instituições?

O objeto do estudo são os Direitos Humanos em contexto institucional, especificamente, em estruturas residenciais para pessoas idosas, tendo sido definido como objetivo central o aprofundamento do conhecimento sobre o lugar/centralidade dos Direitos Humanos nos procedimentos e estratégias de atuação das instituições relacionadas com os direitos das pessoas idosas residentes, tendo em vista a identificação de dimensões de intervenção, respeitadoras e promotoras dos direitos das pessoas idosas, que devem ser incorporadas pelas estruturas residenciais.

O interesse pelo tema está relacionado com o facto de ter exercido funções em cuidados residenciais ao longo de 15 anos e ter verificado que ainda há muito por fazer nesta área. No decorrer deste tempo pude deparar-me com algumas situações de privação de direitos, como por exemplo não ser a pessoa idosa a decidir sobre a entrada para a instituição, ser infantilizado, não escolher o seu vestuário, entre outros. Pude, também, verificar que, na maior parte das vezes, quem pratica este tipo de atos acredita que está a proteger ou a acarinhar a pessoa idosa. Cabe aos profissionais, incluindo aos assistentes sociais, alertar para questões, por vezes simples, que nem sempre são compreendidas pelos demais como desrespeito pelos direitos da pessoa idosa. Nunca é demais referir que todas as pessoas têm o direito a viver em ambientes que promovam o respeito pela sua dignidade, a manutenção da sua autonomia e oportunidade de participação na vida da comunidade.

As instituições têm como missão proporcionar um ambiente livre de abusos e de discriminação e respeitar as preferências e necessidades individuais. A maioria das estruturas residenciais para pessoas idosas visa proporcionar um ambiente seguro e de apoio. Quando as instituições têm características totalitárias, há práticas inadequadas que podem levar à usurpação de direitos. São instituições com dinâmicas de controle, com regras restritivas e horários pouco flexíveis, em que se pode verificar, também, falta de autonomia nas decisões simples da vida diária, como por exemplo escolher o que vestir ou o que comer; em que se podem encontrar ambientes segregadores, em que as pessoas são isolados do exterior e as visitas

limitadas; em que pode existir modelo de atuação “despersonalizador”, em que os residentes são tratados apenas como números, ou em que a supervisão excessiva e a vigilância constante são causadoras desconforto; em que pode existir a imposição de cuidados e tratamentos sem considerar as preferências ou necessidades dos residentes. Algumas destas características estão muito presentes no dia a dia das instituições, o que deve constituir preocupação, na medida em que representa desrespeito pelos direitos humanos, mas cujo problema não é devidamente perceptível pela sociedade em geral e, até, pelas pessoas idosas, o que faz com que seja erradamente aceite.

Foram definidos como objetivos específicos da pesquisa: Conhecer como os Direitos Humanos, especificamente, os direitos políticos, civis económicos e sociais das pessoas idosas constituem domínio do conhecimento e são orientadores dos procedimentos gerais das instituições e dos assistentes sociais, em particular; Perceber se as instituições percecionam a pessoa idosa como um sujeito ativo e com capacidade para usufruir dos seus direitos e para reivindicá-los; Conhecer e analisar as perceções das pessoas idosas residentes sobre os seus direitos e potenciais restrições no seu cumprimento; Identificar dimensões de organização e de intervenção institucional de natureza preventiva de situações de privação de direitos humanos, assim como de promoção da centralidade de tais direitos em meio institucional.

Para atingir os objetivos propostos, foram realizados inquéritos a assistentes sociais a exercer funções em estruturas residenciais para pessoas idosas. A sua participação decorre da relação entre Serviço Social e Direitos Humanos, elemento identitário de uma profissão que tem, na área do envelhecimento, um dos seus campos de intervenção mais expressivos e cujo Código de Ética e de Deontologia enfatiza a defesa dos Direitos Humanos e a promoção da Justiça Social. A prática profissional deve ser orientada de forma a garantir que os assistentes sociais atuem de maneira ética e responsável nas suas intervenções, centradas na filosofia do direito a viver com dignidade, o que pressupõe a existência de mecanismos de proteção, o acesso a serviços que respondam às necessidades e alvo de respeito enquanto pessoas.

Para além dos profissionais, foi privilegiada a participação das pessoas idosas, atores fundamentais no âmbito deste estudo, tendo sido realizadas dinâmicas de focus group com quatro grupos de pessoas idosas que residem em instituições residenciais. Pretendeu-se dar-lhes voz ativa, pois só conhecendo as suas expectativas podem ser definidos modelos de intervenção respeitadores dos seus direitos, incluindo o direito à individualidade, à autodeterminação e à participação na definição dos cuidados de que necessitam.

A tese que se apresenta divide-se em 5 capítulos, sendo os três primeiros dedicados à abordagem teórica e os dois últimos ao estudo exploratório. O primeiro capítulo, foca-se no

conceito de direitos humanos, tendo em conta a sua evolução ao longo dos tempos, sendo analisados alguns dos instrumentos orientadores relacionados com os direitos das pessoas idosas e feita, também, referência às políticas públicas para proteção das pessoas idosas.

O segundo capítulo, foca-se no envelhecimento e mudanças sociais, aborda os desafios de uma sociedade envelhecida, os novos papéis sociais que estas pessoas assumem, incluindo no meio familiar.

O terceiro capítulo, faz referência às estruturas residenciais para pessoas idosas descrevendo o seu funcionamento, focando-se particularmente nas relações de poder intrínsecas às suas formas de organização e gestão e dimensões em que pode verificar-se a privação de direitos. É também descrito o papel dos Assistente Sociais, que exercem funções nesta área, procurando-se identificar o seu compromisso com os direitos das pessoas idosas, quer ao nível do conhecimento teórico, quer no domínio dos procedimentos que orientam o agir destes profissionais. Neste capítulo realiza-se também uma análise das respostas sociais para as pessoas idosas no quadro das políticas públicas.

O quarto capítulo, aborda a metodologia, são mencionados os objetivos da pesquisa e as questões de investigação. São também descritos os métodos de investigação utilizados e é realizada a caracterização de ambas as amostras.

No quinto capítulo, é feita a apresentação e discussão dos dados resultantes do estudo empírico.

Salienta-se, contudo, que a mudança de paradigma terá de ir além do contexto das instituições de acolhimento. Os direitos das pessoas idosas exigem uma transformação significativa na forma como a sociedade e o sistema político percebem, tratam e valorizam este grupo da população, cada vez mais numeroso. Para esta mudança é importante promover o envelhecimento ativo, valorizar a autonomia, combater a discriminação, apostar na saúde preventiva e curativa e definir e/ou aperfeiçoar políticas que garantam os direitos dos mais velhos à cidadania plena e reconheçam o seu contributo para uma sociedade mais justa e mais coesa.

CAPÍTULO 1- Direitos Humanos e Envelhecimento

Neste primeiro capítulo é abordado o conceito de Direitos Humanos e sua evolução ao longo dos tempos, culminando com a apresentação da Carta Internacional dos Direitos do Homem e análise de alguns dos seus artigos. Faz-se, ainda, referência ao conceito de envelhecimento, a alguns dos instrumentos orientadores em matéria de Direitos Humanos das Pessoas Idosas, assim como uma breve abordagem a políticas de proteção no envelhecimento, enquanto mecanismos de concretização desses direitos.

1- Emergência e desenvolvimento dos Direitos humanos

A preocupação com os Direitos Humanos desenvolveu-se bastante no século XX, embora o tema tenha sido objeto de reflexão e de lutas ao longo da história da humanidade: na dimensão das liberdades de pensamento, de mobilidade, propriedade, de direito à vida; na participação organização e orientação da vida pública; na dimensão da vida em sociedade e do direito a partilhar do bem comum e a ser protegido em matéria de necessidades sociais; mais recentemente, na dimensão da sustentabilidade ambiental traduzida no direito e dever de equilíbrio homem-natureza e de garantia de sobrevivência das futuras gerações.

Na antiguidade clássica surgiram os conceitos de Estado de direito, justiça natural e direito natural, que foram desenvolvidos por alguns autores como por exemplo São Tomás de Aquino. Posteriormente em Inglaterra surgiram instrumentos legais que tiveram como objetivo limitar o poder soberano como foi o caso da Magna Carta em 1215 e a Carta dos Direitos de Inglaterra em 1689. Após a Guerra dos 30 anos, foram assinados os tratados de *Münster e Osnabrück* que fomentaram a liberdade religiosa (Tavares, 2013).

No século XVIII os Direitos do Homem estão na génese das revoluções liberais, como foi o caso da Revolução Francesa. Com o final da monarquia, assistiu-se à laicização da sociedade, que serviu de base à luta pela liberdade de consciência, pela liberdade religiosa e também para a criação de instituições democráticas. Em 1789, a Assembleia Nacional Constituinte Francesa redigiu e aprovou a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em que, para além de se focar em direitos considerados "naturais e imprescritíveis" como a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão, centra-se também na igualdade dos cidadãos perante a lei e a justiça e o princípio da separação entre os poderes (Embaixada de França em Portugal).

Do final do século XVIII até ao século XX, os movimentos que promoveram a igualdade e a dignidade, focaram-se essencialmente na abolição da escravatura, na defesa dos direitos das

mulheres e na promoção das condições de trabalho (Tavares, 2013 e Fernandes, 2010). O Tratado de Versailles, que pôs fim à I Guerra Mundial, já enunciava o direito à autodeterminação e também os direitos das minorias. Os direitos Humanos como instrumento orientador a nível internacional, nasceram apenas após a II Guerra Mundial. O desrespeito dos Direitos Humanos conduziu a atos de barbárie extrema, logo tornou-se muito relevante a criação de um regime jurídico para a proteção dos mesmos. Neste sentido, a Organização das Nações Unidas, aquando da sua criação, incluiu logo nos seus objetivos a promoção dos Direitos Humanos. A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, foi considerada a "pedra fundadora" de um sistema de proteção dos direitos humanos a nível internacional (Tavares, 2013).

A ONU, define os direitos humanos, como um conjunto de garantias jurídicas de carácter universal, que têm como objetivo a proteção dos indivíduos, contra ações ou omissões dos governos, que não tenham em conta a dignidade humana. *"(...)A pessoa humana é única e indivisível. A violação da sua dignidade numa das suas facetas não pode deixar de comprometer a dignidade de toda a pessoa e, conseqüentemente, o gozo de todos os seus direitos humanos e liberdades fundamentais"* (Tavares, 2013, p. 22).

O conceito de dignidade, tem variado conforme as épocas e os locais. Hoje em dia, na civilização ocidental, este conceito está diretamente relacionado com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Os direitos humanos, são assim considerados uma expressão direta da dignidade. A dignidade humana, define-se muito pela negativa, confrontando-se com situações de indignidade, ou de comportamentos desrespeitosos. Os princípios associados à noção de dignidade são, o da não-discriminação, o direito à vida, a proibição de tratamentos cruéis, o respeito pela vida privada e familiar e o direito à saúde (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999).

Para uma melhor compreensão dos direitos humanos há que explorar alguns autores que referem os vários tipos de direitos existentes, assim como conceitos que lhes estão associados.

Reichert (2006), defende que para entendermos os Direitos Humanos há dois conceitos que são fundamentais: a universalidade e a indivisibilidade. Relativamente à universalidade, os direitos humanos aplicam-se a todos os indivíduos, sem qualquer tipo de exclusão. Quanto à indivisibilidade, há que mencionar que, os governos não devem promover uns direitos em detrimento dos outros, ou seja, quando é enfatizado um direito, corre-se o risco de haver outros que sejam dados como menos relevantes. Alguns países que têm recursos limitados, com essa justificação, tornam-se mais seletivos na aplicação dos seus fundos, porém devem defender que todos os direitos são importantes.

Podemos considerar, que os direitos humanos, são essencialmente direitos de cidadania. Até ao século XX, a cidadania não influenciou a desigualdade social. Os direitos sociais, eram muito escassos, apenas se tentava minimizar alguns aspetos nas situações de pobreza vividas pelas populações, sobretudo a sua visibilidade na sociedade. As garantias legais, que surgiram com os direitos civis, muitas vezes não se concretizavam, devido ao preconceito de classe e à falta de oportunidades de participação na vida económica. Os direitos políticos, também não se concretizavam na sua plenitude, pois não havia a organização, o conhecimento e a postura crítica por parte de quem exercia funções governativas (Marshall, 1967).

Thomas Humphrey Marshall (1967), desenvolveu o conceito de cidadania e dividiu-o em três elementos: o civil, o político e o social. O elemento civil, refere-se à liberdade individual, onde se inclui a liberdade de imprensa, de pensamento, de direito à propriedade e à justiça. O elemento político, refere-se ao direito de qualquer cidadão para participar no processo político, como eleitor ou como membro de um organismo, investido de autoridade política. O elemento social, está relacionado com o direito de usufruir de bem-estar e viver de uma forma digna de acordo com os padrões da sociedade.

Os direitos de liberdade, são os mais fáceis de defender uma vez que se tem verificado que se estão a multiplicar e universalizar. As aspirações, transformaram-se em exigências e assim surgiram novos direitos para proteger segmentos populacionais, como é o caso das pessoas idosas. A Universalização dos direitos Políticos, é mais difícil uma vez que apenas é possível nos Estados democráticos. A universalização dos direitos sociais, também está muitas vezes em causa em muitos países, na medida em implica uma intervenção efetiva do poder político-governativo, através de medidas específicas para prevenir e/ou resolver necessidades sociais, isto é, através da adoção de um modelo designado como Estado Social (Fernandes, 2010).

Os direitos económicos, sociais e culturais são designados de uma forma abreviada por "direitos sociais" e são considerados direitos de segunda geração. Estes direitos estão relacionados com pretensões em relação a alguns bens sociais, económicos e culturais,

como, por exemplo, a educação, a segurança social, a habitação e os cuidados de saúde (Espada, 2004).

Os direitos tradicionais – considerados direitos de 1ª geração, os civis e políticos – são, regra geral, aceites, enquanto que, relativamente aos direitos sociais, nem sempre há consenso na sociedade, sobre a necessidades de garantias públicas em sua defesa. Os autores neoliberais não reconhecem o conceito de direitos sociais, enquanto os socialistas defendem a sua existência. Os neoliberais, defendem que os direitos sociais e os direitos tradicionais, civis e políticos, são de natureza contraditória. A aplicação correta dos direitos sociais, levaria ao fim da ordem liberal que os direitos tradicionais defendem. Os socialistas, defendem que os direitos sociais, complementam os direitos tradicionais (Espada, 2004).

Espada (2004), destaca Friedrich A. Hayek como neoliberal e Raymond Plant como socialista. Ambos os autores fazem referência a um padrão positivo de distribuição ou de justiça social, no entanto, tiram conclusões diferenciadas. Hayek, defende que os direitos sociais implicam necessariamente um padrão de distribuição comum e como este não é alcançável este conceito deveria ser eliminado. Plant, aceita os direitos sociais, pois estes decorrem das necessidades básicas e suportam o padrão de distribuição ou justiça social. As posições definidas por estes autores, apresentam uma relação obrigatória entre o conceito de direitos sociais e um padrão comum positivo de distribuição de justiça social. Estas perspetivas, são muito redutoras do conceito de direitos sociais, pois apenas garantem que ninguém ficará privado dos bens considerados essenciais e indispensáveis e não são mencionadas as necessidades básicas acima deste nível. Nestes conceitos, não são tidas em conta as retribuições relativas dos indivíduos.

Os direitos sociais, são na sua grande maioria e direitos que permitem aos cidadãos receberem prestações ou atividades proporcionadas pelo Estado. Alguns direitos, são universais pois permitem o acesso a algumas prestações, como é o caso do direito ao trabalho, à habitação e à segurança social entre outros. Há outros direitos, direcionados para certas classes ou categorias sociais, como é o caso dos direitos dos trabalhadores, dos pais e mães e das pessoas idosas. Há ainda aqueles direitos, que se referem apenas a instituições, como é o caso do direito da família (Morgado, 1996).

Normalmente, quando se admite a existência de direitos sociais, evidencia-se o direito a prestações como sendo uma característica que os distingue dos direitos de liberdade. Esta definição não está correta, pois há prestações em todos os direitos fundamentais independentemente de serem sociais ou de liberdade. Tendo em conta todos os documentos

oficiais sobre direitos humanos, podemos considerar que os direitos de liberdade evidenciam a proteção da liberdade, da autonomia, da participação política e igualdade. Os direitos sociais protegem bens económicos, sociais, ambientais e culturais (Novais, 2017). A realização dos direitos que constituem prestações pecuniárias, está muito dependente da mobilização de recursos para esse mesmo efeito. Há que salientar, que nem todos os direitos sociais são direitos a prestações pecuniárias efetivas, o Estado atua na satisfação desses mesmos direitos, criando condições que os favoreçam, como por exemplo, através da criação ou do incentivo à criação de postos de trabalho. A concretização de muitos dos direitos sociais está dependente dos recursos económicos de cada país (Morgado, 1996) mas, quer a sua criação, quer a sua amplitude estão, também, diretamente relacionadas com a conceção ideológica sobre o papel do Estado, do indivíduo e do mercado na existência de desigualdades sociais e sobre o papel e responsabilidades de cada uma das instâncias na sua resolução.

Quando nos referimos a direitos humanos, temos que ter sempre em conta a Carta Internacional dos Direitos do Homem, uma vez que contem um conjunto de documentos, que estão na base para a luta contra a opressão, a discriminação e reconhece que todas as pessoas têm direito a viver com dignidade. No contexto deste estudo, torna-se necessário explorar estes documentos.

A Carta Internacional dos Direitos do Homem é constituída pelos seguintes documentos: a Declaração Internacional dos Direitos do Homem, o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, o Pacto internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos e dois protocolos facultativos (Nações Unidas, 2001).

Os direitos humanos foram logo enunciados no Pacto da Sociedade das Nações². Em 1945, realizou-se a conferência de S. Francisco em que foi formulada a Carta das Nações. Nessa mesma conferência, foi também apresentada uma proposta para a realização de uma declaração dos direitos do homem, não chegando, contudo, a ser objeto de aprovação por não ter sido possível fazer um estudo pormenorizado da mesma. No artigo 68º da Carta das Nações Unidas, foi mencionado que o Conselho Económico e Social deveria criar uma comissão para a promoção dos direitos humanos, comissão esta que foi criada em 1946. A Declaração Universal dos Direitos do Homem, foi aprovada na Assembleia Geral que se realizou a 10 de Dezembro de 1948 (Nações Unidas, 2001).

No mesmo dia em que a Declaração Universal dos Direitos do Homem foi aprovada, a Assembleia Geral solicitou à Comissão dos Direitos Humanos, a elaboração de um projeto de

² Documento que integrou a parte I, do tratado de paz que pôs termo à I Guerra mundial e foi assinado em Versalhes a 28 de junho de 1919

pacto de direitos humanos e um outro com as medidas de aplicação. Em 1950, a Assembleia decidiu que o pacto teria que incluir direitos económicos, sociais e culturais. Após larga discussão, em 1952 a Assembleia Geral pediu à Comissão a elaboração de dois pactos. O Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos que foram adotados pela Assembleia Geral a 16 de Dezembro de 1966 (Nações Unidas, 2001).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem não teve votos contra dos países, à data, membros das Nações Unidas: quarenta e oito Estados votaram a favor e oito abstiveram-se. Assim, a Assembleia Geral:

“Proclama a presente Declaração Universal dos Direitos do Homem como ideal comum a atingir por todos os povos e todas as nações, a fim de que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e pela educação, por desenvolver o respeito desses direitos e liberdades e por promover, por medidas progressivas de ordem nacional universais e efetivos tanto entre as populações dos próprios Estados membros como entre as dos territórios colocados sob a sua jurisdição (Nações Unidas, 2001, p 26).”

Relativamente à estrutura da declaração, esta é constituída por um preambulo e trinta artigos (Nações Unidas, 2001). Nestes artigos são definidos os seguintes direitos:

- Igualdade e da não discriminação;
- Direito à vida, liberdade e segurança pessoal;
- Proibição da tortura e da escravatura.
- Direito de personalidade jurídica;
- Direito à proteção judicial;
- A proibição de prisão ou exílio arbitrário;
- Direito a um julgamento imparcial e à presunção de inocência.
- Proibição de intromissão na vida privada;
- Direito de asilo;

- Direito de nacionalidade;
- Direito a casar;
- Direito à liberdade de pensamento e de expressão;
- Direito de escolher uma religião;
- Direito de reunião em associações, de participar em negociações públicas;
- Direito de ter acesso a funções públicas em condições de igualdade;
- Direito à segurança social;
- Direito ao trabalho;
- Direito a um salário equitativo;
- Direito a repouso e lazer;
- Direito a um nível de vida que assegure a saúde e bem-estar;
- Direito à educação e a intervir na vida cultural da comunidade (Nações Unidas, 2001).

Há que salientar que o artigo 28^a, faz referência ao facto das pessoas têm direito a uma ordem nacional e internacional, capaz de efetivar todos os direitos e liberdades enunciados na declaração. Este artigo é muitas vezes usado para o desenvolvimento de novos direitos humanos como é o caso do direito a um ambiente saudável (Tavares, 2013).

A Declaração Internacional dos Direitos do Homem define também que o exercício dos direitos e liberdades, implica limitações estabelecidas pelas leis, referindo o artigo 30^a que

Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada de maneira a envolver, para qualquer Estado, agrupamento ou indivíduo, o direito de se entregar a alguma atividade ou de praticar algum ato destinado a destruir os direitos e liberdades aqui enunciados (Nações Unidas, 2001, p.33).

Este é um documento de extrema relevância, uma vez que é através dele que são definidas orientações internacionais, para salvaguardar os direitos humanos e se mede o grau de cumprimento dos países, através da inclusão dos princípios enunciados no seu quadro jurídico-político. Considerada a declaração mais importante das Nações Unidas, define o conjunto de princípios e valores que devem orientar a humanidade e cria as bases fundamentais para outros instrumentos internacionais que visam a proteção dos direitos e liberdades dos cidadãos (Nações

Unidas, 2001), de que é exemplo mais recente a Agenda 2030 sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Desde logo, as Nações Unidas perceberam que não bastava fazer a declaração para garantir os direitos e liberdades do Homem, pelo que foram também adotados dois tratados para tornarem juridicamente vinculativas as normas dispostas na Declaração Universal dos Direitos do Homem (Tavares, 2013), como anteriormente referido: o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, constituído por 5 partes que incluem 31 artigos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, constituído por 6 partes que contêm 53 artigos (Nações Unidas, 2001).

Os preâmbulos e os artigos 1º, 3º e 5º são muito semelhantes em ambos os pactos. Os preâmbulos lembram que a Carta das Nações Unidas impõe a promoção dos Direitos Humanos e refere que todos os indivíduos devem lutar pela promoção dos mesmos. Os artigos referidos fazem referência a importantes dimensões da vida em sociedade e das garantias a que têm direito os cidadãos:

- O direito de autodeterminação, direito este que deve ser promovido por todos os Estados;
- O direito dos Estados a auto-organizarem-se, estabelecendo as normas de convivência e a organização política social, económica e cultural de modo autónomo;
- A igualdade de direitos entre homens e mulheres e a importância do seu cumprimento pelos Estados;
- O dever de criação de mecanismos e de garantias que têm como objetivo impedir a destruição, limitação ou utilização indevida de qualquer um dos direitos humanos e liberdades fundamentais, assim como a proibição de limitação de direitos que já estão em vigor nos respetivos Estados e que não são abrangidos pelo pacto (Nações Unidas, 2001).

No pacto Internacional sobre os Direitos Económicos Sociais e Culturais, são referidos direitos relacionados com condições de trabalho justas e favoráveis, liberdade de filiação em sindicatos, segurança social e seguros sociais, proteção e assistência à família, o direito a um nível de vida condigna, à saúde física e mental, à educação e à participação na vida cultural. São incluídos, também, aspetos relevantes no que diz respeito à organização dos Estados para garantia desses direitos. (Nações Unidas, 2001).

As liberdades nas suas diferentes dimensões são consideradas no Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos: para além de garantias relacionadas com a submissão a tortura, escravidão e trabalho forçado, afirma-se o princípio do tratamento com humanidade para todos os indivíduos que não se encontrem no uso da sua liberdade e a proibição da sua restrição, como o ser preso, por razões de incumprimento de um compromisso contratual; é, também, referido o

direito à livre circulação e afirma-se que a expulsão de estrangeiros deve ser sujeita a restrições (Nações Unidas, 2001).

Ao nível jurídico, o pacto afirma que perante os tribunais todos são iguais, proíbe o efeito retroativo das leis penais, refere que todos têm direito a personalidade jurídica e não se podem fazer intervenções arbitrárias e ilegais que quebrem a privacidade de um indivíduo, de uma família ou que atentem contra a sua honra destes (Nações Unidas, 2001).

O pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos enuncia também a liberdade de pensamento, de escolha de uma religião e a liberdade de expressão, assim como o direito a participar pacificamente em reuniões e a constituir e aderir a associações, a exercer funções públicas, a votar, a ser eleito. É proibida a publicidade a favor da guerra, do ódio nacional, racial e religioso pois estes poderão incitar à discriminação, à hostilidade ou à violência. A nível do matrimónio o pacto refere que o direito de homem e mulher em idade núbil se casarem e terem os mesmos direitos, responsabilidades aquando da constância e dissolução do mesmo. Este documento refere também que todos os cidadãos podem participar em negócios públicos, podem votar, serem eleitos e exercerem funções públicas. Todas as pessoas são iguais perante a lei, mas é necessário proteger as minorias étnicas, religiosas ou linguísticas. O comité dos Direitos Humanos foi responsável pela supervisão da aplicação destes direitos (Nações Unidas, 2001).

O Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais entrou em vigor a 3 de janeiro de 1976. O Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos entrou em vigor a 23 de março de 1976. A 30 de Setembro de 1995 cento e trinta e dois Estados já tinham ratificado ou aderido aos pactos incluindo Portugal. Nesta mesma data, 85 Estados, incluindo Portugal, já tinham ratificado o primeiro protocolo facultativo³ que entrou em vigor em simultâneo com o pacto. O segundo protocolo facultativo⁴ entrou em vigor a 11 de julho de 1991 e a 30 de Setembro de 1995, 28 Estados já tinham ratificado ou aderido ao mesmo, entre eles estava Portugal (Nações Unidas, 2001).

A declaração estende-se a toda a família humana, os pactos por serem convenções multilaterais só têm força vinculativa nos Estados que os ratificaram ou que aderiram (Nações Unidas, 2001).

³ O primeiro protocolo facultativo do Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos teve como objetivo a criação de estruturas internacionais que avaliavam comunicações realizadas por indivíduos que considerassem que lhe estavam a ser suprimidos os direitos enunciados no Pacto.

⁴ O segundo protocolo adicional também está relacionado com o mesmo pacto e tem como objetivo a abolição da pena de morte.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem permite que as liberdades individuais possam ser limitadas para promover os direitos e liberdade de outros e para fomentar a ordem pública, a moral e o bem-estar de uma sociedade democrática. Estas limitações devem ser definidas pelas leis de cada Estado membro (Nações Unidas, 2001).

O Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais declara que os direitos nele enunciados podem ser limitados por leis, no entanto, estas têm que ser compatíveis com a natureza destes direitos e têm que promover o bem-estar de uma sociedade democrática. O pacto não tem uma disposição geral que refira as restrições à aplicação dos direitos, contudo há vários artigos que mencionam que podem haver leis restritivas para proteger a segurança nacional, a ordem pública, os direitos e liberdades de outros indivíduos. Em caso de emergência pública alguns direitos podem ser oprimidos ou limitados, mas isto só pode acontecer se a vida da nação for ameaçada e não se poderá dar origem a discriminações baseadas na raça, na cor, na língua, no sexo, na religião ou condição social (Nações Unidas, 2001).

Durante os primeiros 25 anos a declaração foi considerada um ideal que todos os Estados deveriam atingir. Serviu de base para a tomada de decisões por órgãos das Nações Unidas, foi uma inspiração para a criação de outros instrumentos internacionais que visam a promoção de Direitos Humanos. Foi de extrema relevância para a elaboração de Constituições e Leis. A entrada em vigor dos pactos só veio reforçar a importância da declaração pois estes referem as medidas necessárias para a implementação dos direitos mencionados na declaração (Nações Unidas, 2001).

Os Direitos Humanos foram surgindo nas sociedades ao longo do tempo, no entanto, só após o fim da II Guerra Mundial, em 10 de dezembro de 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Consideramos que o conceito de Direitos Humanos é bastante vasto e, neste estudo, privilegiamos os direitos de cidadania tendo em conta a definição de Marshall e sua integração específica na Declaração Internacional dos Direitos do Homem. Para as pessoas idosas institucionalizadas os direitos civis assumem uma maior importância principalmente quando o discurso foca a violação de direitos humanos em estruturas residenciais. Quanto aos direitos políticos todos os cidadãos devem poder participar na vida política da sua nação. Os direitos Políticos e civis foram clarificados pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Os direitos sociais incluem também os direitos culturais e económicos e estão definidos no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais.

A Carta Internacional dos Direitos do Homem é um marco de extrema relevância na defesa dos direitos do Homem. Estes documentos demoraram alguns anos a ser constituídos, têm vindo a ser implementados a nível mundial, mas continuamos a assistir a situações de privação de

direitos. Estes documentos não fazem referência específica às pessoas idosas, estando as mesmas abrangidas nos vários direitos consagrados pelo simples facto de, mais importante do que qualquer outra característica ou atributo, a pessoa idosa é um ser humano.

2-Instrumentos Orientadores em matéria de Direitos Humanos das Pessoas Idosas

Atualmente, uma vez que há população bastante envelhecida, surgem algumas preocupações com esta faixa etária que devido a vários fatores se tornou mais vulnerável. Importa perceber até que ponto a sociedade se organiza de forma a permitir que estas pessoas vivam dignamente e usufruam dos seus direitos de uma forma plena.

Verificou-se que a revolução industrial causou grandes transformações nas relações familiares e fez com que a pessoa idosa perdesse o seu estatuto de ancião e assim a sua experiência e o seu conhecimento deixaram de ser considerados importantes. As pessoas idosas perderam poder na família, na comunidade e no mundo do trabalho. Estes indivíduos tornaram-se mais vulneráveis devido a uma desproteção por parte da família e do Estado e à exclusão social causada pela perda de afetos e pela desvalorização social (Mouro, 2013).

As pessoas idosas são consideradas um grupo muito vulnerável e em épocas de recessão e de reestruturação são consideradas um grupo de especial risco. O Estado tem a função de proteger os mais vulneráveis e pode fazê-lo através de formulação de programas adequados às suas necessidades (Nações Unidas, 2002).

Para colmatar situações de vulnerabilidade foram criados alguns documentos específicos para a promoção dos direitos humanos desta faixa etária nomeadamente: O plano de ação de Viena de 1982; Resolução 46/91 Aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 16 de Dezembro de 1991; a Declaração Sobre o Envelhecimento Aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1992, o Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento de Madrid de 2002 e a Declaração de Lisboa de 2017.

O Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais e a Declaração Universal dos Direitos do Homem não fazem referência direta às pessoas idosas. Contudo o Pacto proíbe a discriminação que tem por base a idade e refere o direito à segurança social aonde reconhece de uma forma implícita o direito a subsídios de velhice (Nações Unidas, 2002).

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento decorreu em 1982 em Viena, foi o primeiro fórum do qual resultou um plano de ação global (Camargo & Pasinato, 2004). O plano de ação de Viena contém 62 recomendações e continua a ser a base de várias políticas internacionais.

Este plano define princípios gerais relacionados com a forma como os governos e sociedade em geral devem enfrentar o envelhecimento populacional. Refere que as abordagens políticas mais concretas devem ser definidas pelos países, tendo em conta as suas tradições, os seus valores culturais e as suas possibilidades materiais. Este documento define também que há considerações que refletem os valores humanos gerais fundamentais que não dependem da cultura, da raça, da religião ou da condição social, estes valores decorrem do processo de envelhecimento biológico (Nações Unidas, 2002).

O plano teve como objetivos garantir a segurança económica e social das pessoas idosas e também integra-las no processo de desenvolvimento das suas nações. Nesta época havia uma grande tensão a nível global provocada pela Guerra Fria. Surgiu assim uma preocupação com as pessoas idosas que devido ao facto de serem mais vulneráveis poderiam sofrer mais as consequências do colonialismo, do neocolonialismo, do racismo e das práticas do apartheid. As recomendações do plano são referentes a sete áreas: saúde e alimentação, proteção ao idoso consumidor, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação (Camargo & Pasinato, 2004).

O plano de Viena, colocou nas agendas internacionais questões relacionadas com o envelhecimento, tanto a nível populacional como a nível individual. Evidenciou, a necessidade do reconhecimento da pessoa idosa como um ator social, com necessidades e especificidades. A promoção da independência, foi considerada um fator muito relevante. Uma grande parte das recomendações, tem como objetivo dotar as pessoas idosas de meios financeiros e físicos, para promover a sua autonomia e para fazer com que tenham poder de compra. Estas recomendações, focaram essencialmente as pessoas idosas de países desenvolvidos e permitiram a formação de um nicho de mercado direcionado para esta faixa etária. O plano, criou também uma visão de medicalização do processo de envelhecimento. Posteriormente, as agendas dos países em via de desenvolvimento, passaram também a incluir questões relativas ao envelhecimento (Camargo & Pasinato, 2004).

A 16 de Dezembro de 1991, na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi aprovada a resolução 46/91, que enuncia os princípios das nações unidas para o idoso. Esta resolução, faz referência a 5 princípios, que deverão ser integrados nos programas nacionais que são os seguintes: a independência, a participação, a assistência, a realização pessoal e a dignidade (Nações Unidas, 2002). Relativamente à independência, este documento refere que, as pessoas idosas têm direito a, alimentação, água, habitação, vestuário, cuidados de saúde, garantia de rendimentos, apoio da família e da comunidade. Menciona também as pessoas idosas, podem optar por ter uma atividade laboral e devem poder escolher o momento em que se retiram do

mercado de trabalho. As pessoas idosas devem, ter a oportunidade de usufruir de programas adequados a nível da formação. Este documento, salienta também que, estas pessoas devem viver em ambientes seguros, de acordo com as suas necessidades e preferências pessoais, tendo a possibilidade de se manterem no seu domicílio o maior tempo possível (Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991).

Quanto à participação social, as pessoas idosas, devem estar integradas na sociedade e participarem ativamente na implementação das políticas que vão influenciar a sua vida, partilhando os seus conhecimentos com as gerações mais jovens. As pessoas idosas, devem poder desenvolver, no seio das suas comunidades, serviços que tenham em conta os seus interesses, nomeadamente a nível do voluntariado (Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991).

A assistência, é um fator muito relevante, a que o idoso deve ter acesso tanto na família como da comunidade. A nível da saúde, a assistência médica deve proporcionar o bem-estar físico e mental e a prevenção de algumas patologias. Demonstra-se também relevante, que nesta etapa da vida se tenha acesso aos serviços sociais e jurídicos, pois assim poderá ser promovida a autonomia com maior eficácia, a proteção e a assistência. A nível institucional, deve ser facultada a proteção, a reabilitação, a estimulação mental e social e o desenvolvimento social, num ambiente humanizado e seguro. É também importante que todas as pessoas idosas, possam gozar dos direitos humanos e liberdades fundamentais quando residem numa instituição. Deve ser garantido, o respeito pela dignidade, pelas convicções, necessidades e privacidade. Por fim, o idoso deve ter o direito de decisão sobre a assistência que lhe é prestada (Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991).

No que respeita à autorrealização, para o idoso poder desenvolver todas as suas potencialidades, deve ser permitido e incentivado o acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer (Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991).

A pessoa idosa a semelhança de qualquer pessoa, necessita de viver com dignidade, segurança e não sofrer maus tratos. Toda a população tem direito à justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros fatores (Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991).

Em 1992 a Assembleia Geral das Nações Unidas, aprovou a Declaração sobre o Envelhecimento, que solicita o apoio de iniciativas nacionais a nível do envelhecimento. Este documento, faz referência às necessidades das pessoas de idade avançada, principalmente as mulheres que devem receber pensões de velhice e de viúves, mesmo que não tenham exercido

uma atividade remunerada. Em relação aos homens, estas iniciativas deveriam incentivá-los a desenvolver capacidades sociais, culturais e emocionais que podem não ter desenvolvido, durante o tempo em que sustentavam a sua família. Esta resolução, declarou também o ano de 1999, como o Ano Internacional das Pessoas Idosas (Nações Unidas, 2002).

A segunda assembleia internacional sobre o envelhecimento, realizou-se de 8 a 12 de Abril de 2002 em Madrid. Nesta conferência, foi aprovada a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madrid, que obriga os governos a tomar medidas face ao envelhecimento populacional. No seguimento desta conferência foi criado um documento que expõe 117 recomendações, que estão divididas em três direções prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, manter a saúde e bem-estar nas idades avançadas e assegurar um ambiente propício e favorável (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

Relativamente à primeira direção prioritária, uma sociedade deve permitir que as pessoas idosas continuem a contribuir de uma forma ativa. Algumas pessoas idosas, contribuem muito favoravelmente para os cuidados à família e também para o seu sustento a nível económico. A participação em diversos tipos de atividades desportivas, culturais e sociais é muito benéfica e ajuda na promoção do bem-estar da pessoa idosa (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

As pessoas idosas, devem ter a possibilidade de continuar a exercer um trabalho remunerado, caso pretendam fazer e tenham capacidade para tal. O mercado de trabalho, tem que perceber os benefícios decorrentes de manter esta população ativa. Os ambientes de trabalho, devem ser adaptados e devem permitir a conjugação do trabalho remunerado com outros tipos de atividades. Há fatores relacionados com a participação da mulher no mercado de trabalho que devem ser tidos em conta, nomeadamente, os baixos salários e as dificuldades de progressão a nível da carreira devido a questões familiares. Os baixos rendimentos, durante o tempo em que as mulheres possuem uma atividade remunerada podem causar pobreza aquando da reforma. Ao mantermos as pessoas idosas no mercado, não devemos reduzir a empregabilidade dos mais jovens mas sim beneficiar da experiência e competência destas pessoas (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

As mulheres idosas, residentes em zonas rurais, podem ser mais vulneráveis a nível económico, pois na maior parte dos casos realizaram durante praticamente toda a sua vida trabalho não remunerado. Muitas vezes estas mulheres, acabam por depender de terceiros para poderem sobreviver. Em meio urbano, em regra geral é mais difícil manter a rede familiar alargada. Em alguns países, ao longo de vários anos, houve uma migração de zonas rurais para zonas urbanas, assim expandiram-se cidades subdesenvolvidas aonde há muitas pessoas idosas

em situação de pobreza (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

A educação, é um elemento muito relevante para o indivíduo poder manter uma vida ativa, logo deve ser promovida ao longo da vida. Uma sociedade fundamentada no conhecimento, tem que ter políticas que garantam o acesso à educação para toda a população. A formação e a educação, são essenciais para as pessoas se poderem manter nos seus postos de trabalho. Quando as pessoas idosas são confrontadas com novas tecnologias e não têm preparação para poder lidar com elas, podem vir a ser marginalizadas. A tecnologia, deve ser usada para aproximar as pessoas reduzindo assim o isolamento e a marginalização, daí a relevância de serem implementadas políticas que promovam a adaptação das pessoas idosas às novas tecnologias (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

A solidariedade intergeracional, tanto nas famílias como nas comunidades é muito importante para a criação de uma sociedade para todas as idades. A maior parte das pessoas idosas, mantém um bom relacionamento com a sua família e por vezes contribuem nos cuidados prestados aos netos e a outros familiares. Os governos, devem desenvolver medidas para reforçar estes laços, no entanto há que considerar que nem sempre as pessoas idosas desejam viver com as gerações mais novas (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

O combate à pobreza, é de extrema relevância, mas em alguns países as pessoas idosas são excluídas deste tipo de programas. Nos países onde há uma pobreza endémica, esta acaba por se agravar nesta etapa do ciclo vital e é necessária a criação de medidas para solucionar estas situações (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

Relativamente à segunda direção prioritária, a saúde é um bem vital, um nível de saúde elevado conduz a um crescimento económico e a um desenvolvimento das sociedades. A OMS, defende que saúde não é apenas a ausência de doença mas sim o completo bem-estar físico, mental e social. A nível mundial, não há um igual acesso à saúde, nos países em vias de desenvolvimento, ainda há elevadas taxas de mortalidade em todos os grupos etários. As pessoas idosas, devem ter direito a cuidados de saúde de natureza preventiva e curativa, incluindo a reabilitação e a saúde sexual. Para que as pessoas idosas vivam esta etapa da vida com saúde são necessários esforços individuais e também ambientes favoráveis. Estes indivíduos, têm que manter um estilo de vida saudável e os governos têm que implementar medidas, para a criação de contextos favoráveis à melhoria da saúde.

A promoção da saúde e do bem-estar deve ser feita ao longo da vida e requer fatores que são muito determinantes como é o caso de um ambiente físico favorável, da educação, da profissão, rendimento e estatuto social entre outros. A melhoria a nível económico e social resulta numa melhoria a nível das condições de saúde (Direção-Geral da Solidariedade e

Segurança Social, 2002).

Deve haver universalidade e igualdade, no acesso aos serviços e cuidados de saúde. O investimento a nível dos cuidados de saúde e da reabilitação das pessoas idosas, leva a um aumento da vida ativa destas pessoas. Estes cuidados, facilitam a prevenção da doença, o tratamento de situações agudas, a reabilitação física e mental e o acompanhamento de situações crónicas. Devem também serem incluídas, as pessoas que sofrem de incapacidades assim como as que necessitam de cuidados paliativos. Os cuidados de saúde primários, utilizam métodos comprovados cientificamente com custos aceitáveis mas que por vezes para as pessoas idosas podem ser de difícil acesso devido a barreiras físicas, económicas, físicas e psicológicas. Estas pessoas, podem também ser alvo de discriminação etária, quando o seu tratamento é menos valorizado do que um tratamento de uma pessoa mais jovem (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

É necessário aumentar a formação na área da gerontologia, para todos os indivíduos que trabalham com esta faixa etária. Esta formação, também pode ser muito relevante para os cuidadores informais. Os problemas de saúde mental, são comuns nas pessoas idosas, mas não são um resultado inevitável do envelhecimento. Estes problemas causam incapacidade e diminuição da qualidade de vida, quando não são corretamente diagnosticados, podem ter como consequência um tratamento desadequado e uma institucionalização desnecessária. Para lidar com estas doenças é necessário para além do tratamento o acompanhamento psicológico, a formação dos cuidadores formais e informais. Os cuidadores devem conhecer estratégias para poderem lidar com este problema de uma forma mais adequada, este conhecimento deve ser facultado através da formação (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

As incapacidades aumentam com a idade e as mulheres estão mais vulneráveis devido as desigualdades de género ao longo da vida e também devido ao facto da sua esperança média de vida ser maior. É importante promover a autonomia tratando as incapacidades pois assim a qualidade de vida destas pessoas irá melhorar. Os cuidados de saúde devem ser universais cabe aos governos promover cuidados de saúde para todas as idades (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

Quanto à terceira direção prioritária, todas as pessoas têm direito a viver em contextos que favoreçam o exercício de todas as suas capacidades. Alguns idosos, precisam de muito apoio a nível de cuidados físicos, outros têm a capacidade e a pretensão de continuar a ter uma vida ativa, colaborando em projetos, nomeadamente os de voluntariado (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

A habitação e o contexto de vida, são muito importantes para as pessoas idosas. Há questões

de extrema relevância a ter em conta, nomeadamente as acessibilidades, a segurança, os encargos financeiros, a segurança emocional e psicológica. Quando há boas condições habitacionais, verifica-se também um aumento da saúde e do bem-estar. Nos países desenvolvidos, há uma grande preocupação neste âmbito, pois os apartamentos são construídos para jovens com transporte próprio. Por sua vez, a inadaptação dos transportes públicos em zonas rurais para as pessoas idosas, pode ser bastante problemática (Direção- Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

As famílias têm-se tornado cada vez mais nucleares e os seus membros têm assumido papéis que não assumiam outrora. A participação na assistência ao idoso, tornou-se mais difícil e por vezes pode verificar-se uma carência assistencial. Apesar destas modificações, os cuidadores continuam a ter um papel fulcral na vida das pessoas idosas dependentes. Cuidar implica, muitas vezes uma mudança radical, que obriga à consecução de tarefas complicadas que exigem um grande esforço físico, custos financeiros e uma grande sobrecarga emocional. Os indivíduos não planeiam tornar-se cuidadores, esta tarefa depende da forma como evolui o estado de saúde do idoso e da posição que o indivíduo ocupa na família (André, Cunha & Rodrigues, 2010).

Quando os prestadores são também idosos, torna-se necessário que sejam tomadas medidas especiais para que sejam supridas as suas necessidades. Os cuidadores informais, devem ser de natureza complementar e não substitutos de cuidadores formais. O ideal é as pessoas poderem envelhecer na sua comunidade, mas em muitos casos os cuidados familiares sem nenhuma compensação económica podem levar ao empobrecimento destas famílias. Esta situação verifica-se principalmente no caso das mulheres que acabam por ter menos contribuições para as pensões. Ser cuidador pode ter algumas consequências a nível físico e também a nível psicológico (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

As pessoas idosas têm também direito à preservação da imagem, à liberdade de expressão e de escolha religiosa. Deve também ser preservada a sua vida social afetiva e sexual. Devem ser vistos como cidadãos, com capacidade para regerem os seus bens de uma forma livre e autónoma. Ninguém pode gerir património de uma pessoa idosa sem que este lhes dê poderes legais para tal (Instituto da Segurança Social, 2010).

Em 2015 o Conselho Económico e Social das Nações Unidas adotou uma resolução, que teve como objetivo avaliar e rever o plano de Ação Internacional de Madrid para o envelhecimento. Em 2017 foi organizada a 4ª conferência Ministerial UNECE sobre o Envelhecimento, que se realizou em Lisboa que deu origem á Declaração de Lisboa (UNECE, 2017). O envelhecimento não pode ser visto apenas como um aumento da esperança média de vida, há que ter em quanta a qualidade de vida destas pessoas reconhecendo as suas

potencialidades e incentivando o envelhecimento ativo e com dignidade. Estas são as linhas de orientação da Declaração de Lisboa 2017 (4.^a Conferência Ministerial da UNECE sobre Envelhecimento), que define como metas a atingir a promoção da autonomia, potenciar a participação e aumentar a proteção (Godinho, 2020). Nesta declaração Estados membros da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE), reconheceram que as pessoas idosas são um grupo heterogéneo tanto a nível das suas necessidades como a nível das preferências e oportunidades. Reconheceram também que se verificaram vários progressos. Os decisores políticos, os meios de comunicação, os parceiros sociais e a sociedade em geral estão mais focados nas questões do envelhecimento individual. Tem sido implementadas políticas a nível do envelhecimento ativo. Verifica-se a conceção de medidas para adaptar os sistemas de proteção social e o mercado de trabalho para o envelhecimento demográfico. Há uma maior participação da sociedade civil, principalmente das organizações de pessoas idosas, na conceção de políticas que abordem direitos humanos e o potencial das pessoas idosas. São utilizadas técnicas mais inovadoras a nível da formação, emprego, cultura, lazer e turismo social bem como na reabilitação, saúde e cuidados sociais, promovendo a participação dos interessados (UNECE, 2017).

A Declaração de Lisboa, reconheceu também algumas potencialidades a nível das pessoas idosas. Ressalva-se a importância de capacitar as pessoas, para alcançarem o seu bem estar físico, mental e social ao longo de toda a vida, podendo estes contribuir para a sociedade de acordo com as suas capacidades. Criar estratégias económicas e financeiras, socialmente responsáveis que abranjam as necessidades de todas as faixas etárias e que privilegiem a experiência de vida das pessoas idosas. Promover a participação e consulta das pessoas idosas e seus representantes na conceção de políticas, estratégias e medidas que influenciem as suas vidas. Criar uma imagem positiva das pessoas idosas, reconhecendo todo o seu contributo para a sociedade, reforçando a aprendizagem intergeracional, bem como a aprendizagem ao longo da vida. Incentivar o trabalho voluntário de jovens em conjunto com pessoas idosas em diferentes setores. Fazer com que as empresas vejam as pessoas idosas como potenciais consumidores, para que estas planeiem serviços que respondam as suas necessidades e preferências. Assegurar que as pessoas idosas possam ter saúde e capacidade funcional, criando habitações funcionais e adaptando sistemas de saúde e assistência social (UNECE, 2017).

Devido a vários fatores, podemos considerar que as pessoas idosas são um grupo mais vulnerável, que necessita de uma maior proteção, para que sejam garantidos todos os seus direitos. Para proteger este grupo etário, foram criados vários instrumentos orientadores, que alertam para diversas questões inerentes à pessoa idosa. Numa fase inicial estes instrumentos

focavam questões mais básicas a nível de direitos humanos como por exemplo, cuidados de saúde e uma habitação. Os instrumentos mais recentes, apontam para a promoção de um envelhecimento mais ativo. Verificamos assim, que a nível de instrumentos orientadores, existiu uma grande evolução, uma vez que inicialmente a pessoa idosa era vista apenas como alguém que necessitava de cuidados e atualmente assume um papel mais ativo. Importa refletir, se ao se criar instrumentos orientadores ou legislação específica para um determinado grupo etário, se potencia a inclusão e ou discriminação. Esta reflexão será abordada na apresentação e discussão dos resultados do estudo. Torna-se também pertinente se estes instrumentos legais são aplicados no dia a dia das instituições, e até que ponto temos sociedades preparadas para lidar com os novos desafios do envelhecimento.

3-Direitos Humanos e Políticas de Proteção no Envelhecimento

Quando mencionamos as políticas de proteção ao envelhecimento, estamos a referir-nos essencialmente a políticas no âmbito social e na área da saúde. Para melhor compreendermos as políticas sociais, é relevante apresentar a análise deste conceito segundo a perspectiva de alguns autores.

As políticas sociais de velhice, são intervenções públicas ou ações coletivas, que regulam a relação entre a velhice e a sociedade. Estas políticas, inserem-se no contexto do "Estado-Providência", que garante os direitos sociais das pessoas. Para Osório (2007), as políticas sociais direcionadas para as pessoas idosas, sofrem a influência de dois tipos de condicionantes, um com um carácter mais estrutural e outro com um carácter político e ideológico. As mais estruturadas, são influenciadas pelo aumento da população idosa e também pelas transformações laborais. As que têm um carácter mais político e ideológico, são influenciadas pela abordagem adotada na definição de políticas para pessoas idosas. Se o modelo escolhido se apoiar no alarmismo, motivado pelo número crescente de pessoas idosas, podem existir políticas de exclusão social, que promovam a institucionalização, os rendimentos de subsistência e as baixas reformas. Se o modelo escolhido partir do pressuposto de que as pessoas idosas são uma construção social originam-se políticas de integração, de reforço da autonomia em que os rendimentos necessários são garantidos.

Segundo Capucha (2012), o Estado tem como função garantir a todos os indivíduos, o acesso a todos os serviços indispensáveis para a manutenção da sua qualidade de vida. Torna-se necessário, proceder à organização de processos coletivos em que sejam discriminados os direitos e deveres das pessoas e definir estratégias para que estes sejam minimamente

assegurados. Compete também a este organismo, garantir uma distribuição mais equitativa dos recursos através de políticas de saúde, de proteção social, de cultura e lazer, pois assim será promotor de um envelhecimento ativo. Deve ser também função do Estado, promover os equilíbrios necessários para que as famílias com condições para cuidar das pessoas idosas dependentes o possam fazer. É também relevante garantir que os agentes de mercado, cumpram as regras que lhes são impostas e incentive-os para a promoção de atitudes socialmente responsáveis. É também papel do Estado, cooperar com as organizações não governamentais, com o objetivo de alargar a prestação de cuidados. Por fim, é de extrema relevância que as políticas implementadas sejam sujeitas a avaliação, tendo em conta a opinião dos beneficiários.

Podemos definir políticas sociais, como um conjunto de ações desenvolvidas pelos governos, para facultar bens ou serviços, com o objetivo de promover a qualidade de vida das comunidades (Martín & Brandão, 2012). Para Carmo (2012), as políticas sociais são políticas públicas, que traduzem as funções económica e social do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e o aumento da qualidade de vida. Para Pereirinha (2008) a política social promove o bem-estar social e tem três objetivos: a redistribuição de recursos, a gestão dos riscos sociais e a promoção da inclusão social.

A política social tem três tipos de instrumentos: a regulação, a provisão de bens e serviços e a provisão de benefícios monetários. A regulação é feita principalmente a nível económico e regula as relações entre o indivíduo e o mercado. A provisão de bens e serviços, tem como objetivo garantir a distribuição dos mesmos. A provisão de benefícios monetários, remete-nos para as transferências sociais e para a promoção da equidade através da redistribuição de rendimentos (Pereirinha, 2008).

Na aplicação dos Direitos Humanos às pessoas idosas, importa dar realce àqueles direitos que podem representar as garantias essenciais, para a manutenção do lugar da pessoa idosa como cidadã de pleno direito e que são os seguintes: o direito à dignidade, a cuidados de saúde, à participação social, a uma habitação com qualidade e à possibilidade de aprendizagem. A concretização destes direitos deve representar a cooperação entre o Estado, as famílias e as pessoas idosas (Capucha, 2012).

Após a revolução industrial, verificou-se uma desvalorização social das pessoas idosas, pela impossibilidade de conjugar o envelhecimento com a produtividade. Foram considerados dispensáveis para o trabalho, aqueles que, por doença ou por idade, não podiam trabalhar de uma forma eficaz. O trabalhador acabou por se transformar em "inerte" e inicialmente integrava-se neste grupo toda a mão-de-obra que deixou de ter lugar no mercado de trabalho

devido incapacidades físicas crônicas. Os "inertes" são todos aqueles que são dispensáveis para o trabalho e neste grupo estão incluídos os reformados (Mouro, 2013).

Na Europa, após a II Guerra Mundial começaram a surgir sistemas de proteção à velhice que na maior parte dos casos eram transferências e tinham como objetivo garantir o bem-estar das pessoas idosas (Carvalho, 2015).

O primeiro documento que abordou a questão das pessoas idosas, fez parte do relatório que foi realizado no âmbito da "Commission d'études des problèmes de la Vieillesse" em 1962. Esta comissão teve a sua origem em 1960 e foi criada pelo Governo Francês. Neste documento foram referidos alguns problemas do envelhecimento relativamente às condições de vida deste grupo que estava a crescer e também sobre as consequências sociais que o crescimento desta faixa etária pode originar. Assim o envelhecimento começou a ser percecionado como um problema, começou-se a falar dos recursos, das necessidades e das condições de vida das pessoas idosas (Cardoso, 2018).

O envelhecimento, sendo considerado um problema social, exige uma intervenção eficaz para que os cidadãos mais velhos possam usufruir de todas as garantias sociais de que necessitam. Enquanto grupo etário mais suscetível a situações de vulnerabilidade, a intervenção social torna-se essencial para evitar a sua marginalização social. São consideradas políticas de intervenção social, todos os processos mediadores de cariz protetor que conduzem a ações de intervenção, veiculadas por entidades políticas com o objetivo de criar respostas para os problemas sociais. As respostas sociais surgem como soluções para os problemas sociais (Mouro, 2013).

Para percebermos até que ponto há uma preocupação do Estado português para salvaguardar os direitos humanos das pessoas idosas, importa analisar a evolução das políticas que têm como objetivo a promoção do bem estar desta faixa etária.

A nível das Políticas para as pessoas idosas verificamos que em Portugal que estas são essencialmente a nível social e a nível dos cuidados de saúde. A nível social apostou-se na criação de transferências financeiras e de respostas sociais. Mais recentemente foi criado o estatuto do cuidador informal e o regime do maior acompanhado. A nível da saúde numa fase inicial investiu-se nas medidas curativas e posteriormente em medidas preventivas.

Portugal adotou um modelo universalista⁵ a nível da saúde, pois foi criado o Sistema

⁵ Existem três tipos de sistemas de proteção em situações de dependência: o universalista, o bismarckiano e o assistencialista. O modelo universalista é típico dos países nórdicos nestes casos o financiamento é público, porém podem existir taxas moderadoras. O modelo bismarckiano em que o financiamento é obtido através das

Nacional de Saúde. A nível dos serviços sociais, apresenta características do modelo bismarckiano e do modelo assistencialista sendo que o último se destaca. Tem características do modelo bismarckiano, uma vez existem prestações pecuniárias atribuídas às pessoas idosas. Tem características do modelo assistencialista pois os serviços de longa duração não são obrigatórios (Ignacio & Brandão, 2012).

Em Portugal, antes de existirem políticas de envelhecimento, a proteção aos idosos era efetuada pelas famílias ou pelas organizações assistenciais. As políticas de proteção às pessoas idosas, iniciaram-se apenas nos anos 60, tendo sido implementada uma proteção assistencialista na área dos cuidados. Esta proteção beneficiava, principalmente as pessoas idosas doentes que não podiam permanecer em casa e eram na maior parte dos casos integradas em lares ou asilos. Posteriormente, esta política expandiu-se e ganhou um maior incremento após 1974 devido à implementação da democracia. Em 1975 foi criada uma pensão social, que garantiu uma reforma para as pessoas idosas que outrora trabalharam sem vínculo contratual, teve como objetivo assegurar subsistência destes indivíduos (Figueiredo, 2014).

Os direitos das pessoas idosas foram diferenciados na Constituição da República Portuguesa, aprovada a 2 de Abril de 1976, no artigo 72 que refere que:

“1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.” (Constituição da República Portuguesa, 1976)

O Código Civil português, é outro documento que menciona algumas normas genéricas que fazem referência às pessoas idosas mais dependentes. O artigo nº 1874 faz referência, ao facto dos filhos terem que assegurar a proteção dos pais idosos. O artigo nº2009 reconhece a obrigação da prestação de alimentos dos descendentes aos pais idosos (Pinheiro, 2010). Este direito é desconhecido pela maior parte das pessoas idosas e seus familiares o que dificulta bastante a sua concretização. Por outro lado, quando a lei é conhecida há um obstáculo psicológico e social que impede as pessoas idosas de colocarem os filhos em tribunal (Ribeiro, 2001).

O primeiro período de instalação de políticas sociais para as pessoas idosas, foi entre 1976 e

contribuições para a Segurança Social, este modelo foi adotado por alguns países como foi o caso da Alemanha. O modelo assistencialista desenvolve um sistema de proteção direcionado para os mais carenciados (Ignacio & Brandão, 2012).

1985. Nesta época, as pessoas idosas passaram a ser vistas como pessoas autónomas ativas e integradas. Os asilos, foram transformados em lares e foram criados outros tipos de equipamentos como é o caso dos Centros de Dia, dos Centros de Convívio e dos serviços de Apoio Domiciliário. Era importante manter os idosos no seu meio, fomentando o convívio, a realização de atividades e uma alimentação adequada (Stella, 2013).

Entre 1985 e 1995 foi necessário implementar uma política nacional para as pessoas idosas e em 1988 procedeu-se à criação da Comissão Nacional para a Terceira Idade. Entre 1991 e 1993 surge o primeiro programa comunitário para as pessoas idosas. Este programa tinha como objetivo apoiar os familiares para estes cuidarem destes indivíduos, criar condições para as pessoas idosas se manterem nas suas habitações, prevenir o isolamento, a dependência e realizar ações de formação para as famílias e para os profissionais (Stella, 2013).

Entre 1995 e 2002, as pessoas idosas passaram a ser vistos como possíveis consumidores, e surge assim o turismo adaptado a esta faixa etária. Este foram programas essencialmente, de termalismo e de saúde sénior (Stella, 2013).

Em Portugal o processo de criação do Sistema de Segurança Social, foi mais tardio à semelhança do que acontece em outros países. Surgiram também algumas vozes discordantes que referem a sobrecarga do sistema de saúde, e do sistema de segurança social o que levou a uma discussão sobre os direitos das pessoas idosas. É importante salientar que os sistemas de segurança social, vieram atenuar a sobrecarga económica e social das famílias que têm que cuidar das pessoas idosas (Paúl, 2012).

Nos anos 90, começaram a surgir mudanças nas políticas sociais destinadas às pessoas idosas, que tinham como objetivo melhorar a qualidade e universalizar o acesso aos sistemas de cuidados. Procuravam-se também, novas formas de financiamento dos sistemas de cuidados com o objetivo de diminuir a pressão sobre o Estado (Martín & Brandão, 2012).

Em 1994, tendo em conta as recomendações feitas pela União Europeia, aos seus Estados Membros criaram o Programa de Apoio Integrado aos Idosos. Este programa contemplou bastantes projetos, que tiveram como objetivo a promoção do bem-estar das pessoas idosas. De uma forma geral estes projetos, mencionam medidas complementares para a prestação de cuidados integrados às pessoas idosas tais como: serviços de apoio domiciliário, centros de apoio a dependentes e formação de recursos humanos. O Serviço de Apoio Domiciliário, tem como objetivo promover a qualidade de vida das pessoas idosas no seu domicílio. Os Centros de Apoio a Dependentes, têm como objetivo reabilitar indivíduos com dependência. A formação de recursos humanos, tem como público-alvo os cuidadores formais e informais, e pretende a prover a prestação de cuidados de qualidade. Atualmente o Programa de Apoio

integrado a Idosos, é financiado pelo joker, que é um jogo da Santa Casa da Misericórdia e é gerido pela Comissão da Gestão, que tem representantes no Ministério da Saúde e do Ministério da Segurança Social. É um programa que se rege segundo cinco objetivos principais. O primeiro objetivo, é manter a autonomia da pessoa idosa, dando sempre prioridade ao meio familiar. O segundo é criar medidas, para assegurar a mobilidade dos idosos e o acesso a bens e serviços. O terceiro objetivo refere, que é necessário desenvolver respostas de apoio às famílias que asseguram cuidados e acompanhamento a pessoas dependentes. Relativamente ao quarto objetivo, este remete-nos para a importância de apoiar a formação dos cuidadores formais e informais. O quinto e último objetivo, menciona o facto de ser necessária a promoção de atitudes e medidas preventivas evitar o isolamento, a exclusão e a dependência (Figueiredo, 2014).

A partir de 2002 os esforços desenvolveram-se, no sentido de evitar a pobreza nesta camada da população. Em 2004 surgiu o "Programa para a Inclusão e para o Desenvolvimento". Foi implementada uma rede de cuidados continuados, que é constituída por instituições públicas e privadas. Foi também desenvolvido o "Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas", com o objetivo melhorar as condições de habitabilidade. Havendo condições habitacionais, as pessoas idosas podem, frequentar durante um período longo o centro de dia, ou aceder a serviços de apoio domiciliário, adiando assim a sua entrada numa estrutura residencial (Stella, 2013).

Portugal a nível das políticas sociais para o envelhecimento segue cinco tendências: políticas monetaristas para aliviar a pobreza, princípios familiaristas com matriz cultural e institucional na área dos cuidados, uma relação próxima entre o setor público e privado não lucrativo no âmbito da prestação de cuidados, uma nova abordagem a nível dos cuidados de longa duração e um subdesenvolvimento de políticas de facilitação (Dias & Lopes, 2016).

Relativamente às políticas monetaristas para o alívio da pobreza, podemos considerar que Portugal ao ter influência do modelo bismarckiano possui mecanismos para a substituição dos rendimentos tanto a nível temporário como a nível permanente. Estas políticas representam uma grande fatia da despesa pública. Estes mecanismos de substituição de rendimentos, são de carácter contributivo, pois acontecem devido ao facto do indivíduo ter anteriormente uma ligação ao mundo laboral. Existem também mecanismos residuais, que se baseiam numa lógica de solidariedade nacional, estes mecanismos não decorrem de uma carreira contributiva, decorrem de uma avaliação dos rendimentos e das necessidades de cada indivíduo. A população idosa ao longo dos anos, tem vindo a ser descrita como um segmento populacional, bastante vulnerável a nível da distribuição de rendimentos e a pobreza é uma das principais áreas de

intervenção no âmbito das políticas sociais (Dias & Lopes, 2016).

Há um princípio familiarista com matriz cultural e institucional na área dos cuidados, pois tem havido um conjunto de mudanças nas sociedades, que fazem com que surja a preocupação a nível dos cuidados informais. Hoje em dia, os cuidadores informais não são apenas um complemento à intervenção dos cuidadores formais, são considerados fundamentais no sistema de proteção social. A família, continua assim, tal como já foi referido anteriormente, a ser muito importante na promoção do bem-estar das pessoas idosas (Dias & Lopes, 2016).

Relativamente aos cuidados de longa duração, não há dados fiáveis sobre o número de cuidadores existentes em Portugal uma vez que estes não são registados. As famílias têm dificuldades em lidar com as pessoas idosas, cada vez mais dependentes. Verifica-se que têm havido uma expansão dos cuidados formais. Os países da Europa do Sul, têm adotado diferentes instrumentos de política para dar resposta a uma necessidade crescente de cuidados de longa duração. A escolha mais comum, é apoiar as famílias a nível monetário para que estas possam cuidar das pessoas idosas (Dias & Lopes, 2016).

Há que salientar também, o estatuto do cuidador informal e regime do maior acompanhado. Estas medidas não são exclusivas para pessoas idosas, porém poderão fazer com que as pessoas mais dependentes e os seus cuidadores usufruam dos seus direitos de uma forma mais igualitária. O estatuto do cuidador informal, pressupõe regalias para quem cuida e o regime do maior acompanhado não é tão restritivo como o regime que existia anteriormente.

A Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, aprovou o estatuto do cuidador informal. Este estatuto define dois tipos de cuidadores informais principais e os não principais. Os primeiros têm que residir com a pessoa cuidada, prestar cuidados de uma forma permanente, não exercer atividade laboral, não receber subsídio de desemprego e não receber pelos cuidados prestados. É o cuidador informal não principal cuida da pessoa cuidada regularmente, mas não de uma forma permanente e pode ou não ser remunerado.

Os cuidadores informais principais podem solicitar um subsídio, um seguro social voluntário e recorrer a medidas de integração no mercado de trabalho. Ambos os tipos de cuidadores informais podem solicitar as seguintes medidas: possuírem profissionais de referência na área da saúde e da segurança social, terem um plano de intervenção específico do cuidador, frequentarem grupos de autoajuda, receberem formação e apoio psicossocial, possuírem o estatuto de trabalhador estudante, usufruírem do descanso do cuidador e verem as suas competências validadas e certificadas (Instituto da Segurança Social, 2024).

Foi também implementado o regime do maior acompanhado que vigora desde 10 de

fevereiro de 2019 e foi definido pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, anteriormente existia a interdição e a inabilitação (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021).

A interdição, poderia ser aplicada a qualquer pessoa, maior de idade que possuía uma anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, que fizessem com que esta pessoa não fosse capaz de decidir e era nomeado um tutor e este ficava equiparado a um menor. Já a inabilitação aplicava-se a maiores de idade que por em razão de anomalia psíquica, surdez-mudez, cegueira ou uso continuado de álcool ou estupefacientes se tornasse incapaz de gerir os seus bens, nestes casos era nomeado um curador. Nestes casos a pessoa era considerada incapaz logo tinha que ser substituída no exercício de determinados atos. Era um modelo muito rígido, sem possibilitar a adaptação às necessidades de cada um e depois de declarado era muito difícil ser alterado (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021).

Com o regime do maior acompanhado verificou-se uma alteração de paradigma, o legislador partiu do princípio de que uma pessoa maior de idade, possui capacidade, porém em situações excepcionais podem ser designadas algumas medidas de acompanhamento. Com este regime é dada preferência ao acompanhado, esta manifesta-se essencialmente em 3 momentos: no momento inicial aonde a pessoa pode reconhecer que necessita de requerer medidas de acompanhamento, na escolha da pessoa que o irá acompanhar e quando esta não for possível terá que ser o tribunal a designar e por fim quando acontecer a audiência direta. A audiência direta tem que ser presencial, quando a pessoa não se pode deslocar o tribunal irá ao seu domicílio e só não acontece se a pessoa estiver em coma. Esta medida é revista de 5 em 5 anos, porém pode ser determinado um prazo mais curto. É um processo considerado urgente e sem qualquer tipo de custos (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021)

Atualmente verifica-se também que as políticas sociais se apropriaram do conceito de envelhecimento ativo, incentivando a participação das pessoas mais velhas no mercado de trabalho como uma estratégia promotora de sustentabilidade financeira do sistema de Segurança Social. Uma das metas definidas pela Estratégia Europeia para o Emprego é o aumento idade média de saída do mercado de trabalho, para serem reduzidos os custos económicos e sociais, devido à existência de um envelhecimento populacional. Portugal à semelhança de outros países europeus, apresenta uma elevada participação económica na faixa etária entre os 55 e os 64 anos (Gil, 2013).

Têm surgido muitas preocupações em relação às pessoas idosas, no que diz respeito aos serviços sociais e aos serviços de saúde. Segundo a OCDE, é necessário promover uma política de cuidados de longa duração, que sejam mais eficientes e mais sustentados a nível financeiro. É também necessário a promoção de políticas que apoiem os cuidadores através das prestações

pecuniárias, da conciliação entre a família e o trabalho e dos serviços de apoio à família. É importante romper com a noção, de que cuidar de pessoas idosas é uma aptidão natural da família. O ato de cuidar deve ser considerado um trabalho, que envolve tempo, organização de tarefas e gestão de vários tipos de recursos, nomeadamente financeiros, físicos e psicológicos (Gil, 2013).

Têm sido implementadas várias políticas de proteção as pessoas idosas, porém ainda não há uma aposta concreta em políticas que permitam a permanência das pessoas idosas em suas casas por mais tempo. Os países da União Europeia, estão a estudar as formas de enfrentar a crescente procura por cuidados de longa duração. Estas reformas devem respeitar três princípios, a acessibilidade para todos os cidadãos que necessitem dos cuidados, a prestação de cuidados de qualidade e sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde (Ignacio & Brandão, 2012).

Podemos referir que os governos trabalham em dois tipos de intervenção, a protetora e a providencial. A primeira pressupõe a disponibilização, por parte do governo de serviços ou de projetos de intervenção social sendo que a entidade responsável é o poder político. Estas medidas, numa fase inicial, centraram o seu campo de atuação nas pessoas idosas com mais dificuldades económicas, dando resposta às necessidades identificadas. Posteriormente, criou-se uma política de proteção ao envelhecimento, que faz com que as pessoas tenham que acautelar o seu envelhecimento, através das obrigações previamente definidas. A política providencial não se centra na criação de medidas, mas sim de respostas sociais (Mouro, 2013).

Há que salientar o papel das organizações do setor privado não lucrativo uma vez que estas desenvolvem um conjunto de respostas sociais para as pessoas idosas, como é o caso das Estruturas Residenciais para Pessoas idosas que serão abordadas de uma forma mais intensiva no Capítulo III.

O Estado Providência Português, mantém uma relação muito próxima com as organizações do setor privado não lucrativo, que tem sido fundamentais para a consolidação do aparato institucional público. O Estado apoia o desenvolvimento de estruturas formais na sociedade civil através de financiamento. Pode-se considerar que há uma espiral para a construção de um setor para-governamental. Este pode ser um processo problemático uma vez que o Estado seleciona os domínios e locais de intervenção. Em Portugal os cuidados às pessoas idosas foram considerados prioritários o que fez com que se verificasse um boom de instituições privadas não lucrativas (Dias & Lopes, 2016).

Atualmente as políticas sociais, ainda seguem uma tendência de focalização nos cuidados institucionais. A institucionalização, continua a ser considerada como um meio de apoio

fundamental para as famílias das pessoas idosas. A institucionalização, pode também ser uma forma de evitar o isolamento social tanto das pessoas idosas como das suas famílias. As políticas institucionalizadoras, estruturam-se primordialmente na prestação de cuidados a idosos, em situações de enfermidade dependência física e cognitiva. São também as instituições que prestam cuidados promover a segurança e o conforto das pessoas idosas. A política residencial, pretende dar resposta à vontade da pessoa idosa, promovendo os cuidados que sejam necessários para poder manter a sua dignidade como pessoa e como cidadã (Mouro, 2013).

Devido à institucionalização, a tríade formada pelo envelhecimento, reforma e desproteção social, foi substituída por um círculo, constituído pelo envelhecimento, pela proteção social e pela família. A institucionalização, tanto pode elevar os níveis de tensão familiar como revitaliza-los, tudo depende da cultura institucional no que diz respeito à capacidade de promoção das relações familiares. As respostas institucionais, foram criadas principalmente para oferecerem, segurança e bem-estar à população idosa solitária, posteriormente passaram a dar resposta a casos de enfermidade e dependência (Mouro, 2013).

Relativamente ao subdesenvolvimento de políticas de facilitação, podemos considerar que o paradigma do investimento social, tem sido muito debatido a nível europeu. Portugal não tem desenvolvido muito estas políticas, embora em 2007 tenha criado uma intervenção de conforto habitacional para as pessoas idosas. Este tipo de intervenção é direcionada para as pessoas idosas que vivem em condições mais desfavoráveis a nível habitacional. Tem como objetivo o melhoramento das condições habitacionais a nível de infraestruturas e equipamentos adaptando-as as necessidades desta população. Este tipo de intervenção tem algumas limitações, pois só se pode realizar quando a pessoa idosa é proprietária da habitação e é pouco abrangente nas zonas que são muito envelhecidas (Dias & Lopes, 2016).

A sustentabilidade é algo que tem vindo a ser preocupante, pois há um maior número de pessoas dependentes que necessitam cada vez mais de cuidados, logo há os custos tem vindo a aumentar. Portugal é um dos países que utiliza uma menor percentagem o PIB para os cuidados de longa duração o que é apontado como sendo uma falha. Torna-se cada vez mais importante encontrar formas de financiar o sistema de cuidados solicitando a participação maior dos utentes e das famílias. É também necessária a definição mais clara de quem deve ter acesso prioritário aos cuidados (Ignacio & Brandão, 2012).

Atualmente em Portugal há oito tipos de prestações para pessoas Idosas: pensão de velhice, pensão social de velhice, acréscimo vitalício de pensão, complemento especial à pensão de velhice, suplemento especial de pensão, benefícios adicionais de saúde, complemento por

cônjuge a cargo e complemento solidário para idosos (Direção-Geral da Segurança Social, 2016).

A nível do sistema de pensões, em Portugal, vigora um modelo centrado na "solidariedade intergeracional", as gerações ativas contribuem para financiar as reformas das pessoas idosas, esperando que quando chegarem à reforma esta também seja financiada pelos mais novos. A aplicação desse princípio, pressupõe um equilíbrio entre reformados e ativos. Atualmente devido ao envelhecimento demográfico, este equilíbrio está em risco, pois há um aumento dos reformados e uma diminuição das pessoas em idade ativa. Há também que considerar que o valor das reformas tem vindo a aumentar, principalmente devido a três fatores: dilatação do período da reforma, aumento das remunerações de referência para ser determinado o montante e maturação do Sistema de Segurança Social. O período da reforma dilatou-se, devido ao aumento da esperança média de vida e ao facto de haver uma tendência para a reforma ser cada vez mais cedo. As remunerações médias de referência para definir o montante das reformas aumentaram, ou seja entre 1985 e 2009 as remunerações na maior parte dos casos duplicaram. Por fim a maturação do Sistema de Segurança Social faz com que as carreiras contributivas sejam cada vez maiores (Rosa, 2012).

O fator da sustentabilidade foi um índice criado, com o objetivo de adequar o sistema de pensões à realidade demográfica. Inicialmente foi calculado através da esperança média de vida do ano de 2006 e aquela que se verificou no ano anterior ao ano em que o indivíduo solicitou a reforma. Em 2011 a esperança média de vida aos 65 anos é de 18,62, tendo os reformados um desconto de 3,14% no valor da reforma devido ao fator de sustentabilidade que foi de 0,9686. A única forma de evitar a redução da reforma é trabalhando até mais tarde (Neto, 2012). Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de dezembro, verificou-se a alteração da fórmula de cálculo do fator de sustentabilidade e o ano de referência inicial da esperança média de vida aos 65 anos passou a ser 2000, logo foi determinada uma redução de 14,7% (do Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de dezembro). Quem solicita antes da idade prevista legalmente será sujeito a uma taxa de redução de reforma antecipada o desconto é de 0,5% por cada mês de antecipação da idade da reforma. Quem continuar a trabalhar após a idade prevista da reforma terá direito a receber uma bonificação está de acordo com a carreira contributiva de cada um e que pode ir até 92% (Neto, 2012).

Tendo em conta as fragilidades a nível de saúde das pessoas idosas, têm vindo a ser implementadas um conjunto de medidas para potenciar um envelhecimento ativo, reduzindo a prevalência de doenças, e implementando medidas para lidar com as doenças crónicas. A nível das políticas da saúde, importa referir que atualmente há um conceito de saúde, que nos remete

para o equilíbrio e harmonia de todas as dimensões do ser humano, sendo estas biológicas, psicológicas e sociais. Vivemos num mundo em constante mutação, para se manter o equilíbrio e a harmonia, é necessário que sejam satisfeitas as necessidades fundamentais do homem (Azeredo, 2011).

A nível da saúde, os determinantes do envelhecimento podem ser, genéticos, fetais e ambientais. Os genes do envelhecimento, condicionam a suscetibilidade do indivíduo vir a desenvolver algumas patologias. Os genes de longevidade, traduzem-se numa regulação mais eficaz dos processos inflamatórios e previnem ou atrasam doenças tal como, problemas cardiovasculares, cancro e demência. A nível fetal, o atraso no crescimento intrauterino faz como que os bebés nasçam com baixo peso e que tenham mais probabilidades de em adultos desenvolverem doenças tais como, diabetes, hipertensão e problemas cardiovasculares. Relativamente ao ambiente, este condiciona a saúde na medida em que uma baixa escolaridade, pobreza e más condições habitacionais podem causar má nutrição, aumento de doenças infecciosas e levar ao aceleramento do processo fisiológico de envelhecimento (Machado, 2009).

É necessário, que se verifique uma educação para a saúde ao longo de toda a vida, com o objetivo de alterar comportamentos, sensibilizado a população para determinados problemas de saúde. A educação para a saúde, pode ser efetuada através de uma abordagem multidisciplinar e multisectorial, esta informa e motiva os indivíduos para adotarem os comportamentos que favorecem mais a sua saúde (Azeredo, 2011).

As políticas de saúde, têm como objetivo promover a qualidade de pessoas de todas as idades (Machado, 2009)O sistema de saúde português apresenta um conjunto de princípios favoráveis para a proteção de todas as pessoas . Para as pessoas dependentes foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados dando-se início a um novo paradigma na forma de cuidar, que ideologicamente fortaleceu o princípio da universalidade (Guerra, 2021).

Em 2004, foi aprovado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas, que integrou o Plano Nacional de Saúde 2004- 2010. Este programa, teve como objetivo promover um envelhecimento saudável e ativo, criando respostas adequadas para as pessoas idosas. Apoiou também a participação ativa das pessoas idosas na promoção da sua saúde, a sua autonomia, independência e estimulação de todas as suas capacidades. Foi proposto, um modelo de intervenção e um plano de ação que tem por base, a articulação entre as instituições locais de saúde e de solidariedade social, entidades privadas e autarquias. Este modelo pretendeu dar resposta às necessidades desta população, a nível dos cuidados continuados integrados a nível da saúde e do apoio social (Figueiredo, 2014).

O Alto Comissariado da Saúde tem quatro programas que são prioritários para o Sis-

Nacional de Saúde e três destes programas estão relacionados com as doenças crónicas não comunicáveis, ou seja, doenças cardiovasculares, doenças mentais e oncológicas. Estas doenças prevalecem maioritariamente em grupos etários de pessoas com mais de 65 anos (Machado, 2009).

As reformas dos Cuidados de Primários e dos Cuidados Continuados iniciada em 2006, têm beneficiado bastante a população idosa. As Unidades de Saúde Familiares e as Unidades de Cuidados na Comunidade, proporcionam cuidados centrados na pessoa e na sua família. Trabalha-se em equipa, com cuidados de proximidade permanentes que são através da consulta, do apoio domiciliário e telefónico. As Unidades de Cuidados na Comunidade, são coordenados por enfermeiros que se deslocam ao domicílio das pessoas e que articulam com o médico de família e com a Rede Nacional de Cuidados Integrados, há também Centros de Saúde que têm Unidades Móveis de Saúde (Machado, 2009).

A Rede Nacional de Cuidados Integrados define-se, como sendo um sistema que articula os benefícios que estão sob responsabilidade do Ministério da Segurança Social, que estão relacionados com o Ministério da Saúde e tem como objetivo a constituição de um modelo de cuidados integrados. São cuidados de longa duração, que juntam equipas que trabalham, a nível de apoio social e a nível dos cuidados paliativos. Este novo modelo criou uma estrutura que se organiza em diversas estruturas, tendo em conta os níveis de dependência e as necessidades de cada um e podem ser: unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas de gestão hospitalares e equipas domiciliárias e equipas domiciliárias (Dias & Lopes, 2016). Proporciona cuidados a nível de saúde e de apoio social para as pessoas dependentes, desenvolvendo o seu trabalho na principalmente na área da reabilitação e da promoção da autonomia. Esta rede tem unidades de curta duração e convalescença, de média duração, de longa duração e cuidados paliativos (Machado, 2009).

A nível da saúde foram ainda implementadas medidas para pessoas idosas com menores rendimentos como é o caso da isenção de taxas moderadoras, desconto nos medicamentos e a comparticipação de alguns meios complementares de diagnóstico. Estas medidas têm como objetivo responder às necessidades da população idosa (Stella, 2013).

Atualmente, a dependência é um risco social que não se encontra completamente coberto pelos sistemas de segurança social, sendo que muitas destas pessoas são apenas apoiadas através de pensões de invalidez e dos serviços de saúde. Nos últimos anos, os governos têm apostado na combinação dos cuidados de internamento e domiciliários, contudo verifica-se que as políticas de cuidados a longo prazo são muito centradas na institucionalização (Ignacio &

Brandão, 2012).

Alguns Estados, desenvolveram políticas reparadoras para colmatar os danos sociais gerados pelo envelhecimento. Estas políticas acabaram por reconhecer a falência da família como entidade protetora das pessoas idosas. As instituições, não substituem as famílias, no entanto assumem a função de cuidadoras numa população em que a esperança média de vida aumentou e a perda de capacidades físicas e cognitivas também. As instituições acabam por se tornar muito importantes pois colmatam as situações de isolamento, enfermidades e situações de dependência (Mouro, 2013).

As políticas sociais, têm como objetivo promover a qualidade de vida das pessoas idosas. Em Portugal estas políticas iniciaram-se nos anos 60, tinham um carácter assistencialista e beneficiavam doentes integrados em lares ou asilos. Após 1975 foi implementada a pensão social, com o passar do tempo foram surgindo outros tipos de pensões, foram também surgindo novos projetos para a promoção do bem-estar das pessoas idosas.

Em Portugal, embora haja outros tipos de proteção social, o que tem mais ênfase é o da segurança social. Há assim vários indivíduos que beneficiam de pensões provenientes da segurança social. Vigora o sistema de solidariedade intergeracional, em que a população ativa garante as pensões das pessoas idosas. Alguns autores defendem que a sustentabilidade da segurança social está ameaçada devido ao envelhecimento populacional e também devido ao aumento da carreira contributiva das pessoas idosas. É necessária adoção de políticas que previnam a rutura do sistema de segurança social português.

Atualmente, as políticas sociais em Portugal, centram-se muito nos cuidados institucionais, através da promoção de vários serviços nomeadamente as estruturas residenciais, os centros de dia, os centros de noite e os serviços de apoio domiciliário. A nível dos cuidadores informais, foi criado o estatuto do cuidador informal. Foi também implementado o estatuto do maior acompanhado que substitui a anterior interdição e a inabilitação. Ao longo dos últimos tem-se verificado uma evolução a nível dos cuidados de saúde que contribuiu para o aumento da esperança média de vida. As políticas de saúde em Portugal centram-se nos cuidados de saúde primários principalmente a nível dos Centros de Saúde e também a nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Com a Rede Nacional de Cuidados Integrados criou-se um sistema que permite uma união entre os serviços sociais e os serviços de saúde que pretende fazer uma intervenção direcionada para as necessidades de cada indivíduo. Alguns autores apontam a necessidade de se apostar na medicina preventiva pois assim poderão ser evitadas várias doenças, promovendo assim a qualidade de vida das pessoas idosas e também evitando

algumas despesas por parte do Estado.

CAPÍTULO 2 - Envelhecimento e Mudanças Sociais

Neste capítulo pretende-se fazer uma abordagem do envelhecimento, tendo em conta as mudanças sociais, principalmente as que se verificam não só ao nível da longevidade, mas também na estrutura e papéis das famílias e, ainda, nas representações sociais e autorrepresentações da velhice e do “ser idoso”. Pretende-se também focar o desafio que representa o envelhecimento populacional.

Considera-se que a mudança social acontece, quando há uma alteração das estruturas que constituem um grupo social ou uma sociedade. Há que salientar que, para uma melhor análise da mudança social, é sempre necessário identificar o que continua estável para o podermos comparar com o que foi alterado (Giddens, 2001).

Segundo Giddens (2001), o desenvolvimento social humano tem que ser explicado, tendo em conta várias teorias, podemos porém enunciar três fatores que influenciam a mudança social: o meio ambiente, a organização política e os fatores culturais. Em relação ao meio ambiente, considera-se que as pessoas organizam a sua vida tendo em conta condições meteorológicas, por exemplo as pessoas que residem em regiões tropicais têm vidas muito diferentes daquelas que residem em zonas polares. A organização política influencia fortemente uma sociedade, no entanto nem sempre há uma relação entre a política e os sistemas de produção ou seja os sistemas de produção podem ser os mesmos e as políticas serem diferentes. Nos fatores culturais podemos incluir a religião, a comunicação e a liderança. A religião, tanto pode apoiar o conservadorismo como a inovação, uma vez que por vezes promove a inovação social. Por sua vez, os sistemas de comunicação têm evoluído bastante, e permitem-nos conhecer a evolução histórica de cada sociedade. Quanto à liderança, verificamos que há líderes que têm uma grande influência na história mundial.

A mudança social tem sido bastante intensa ao longo dos últimos dois séculos, pois o capitalismo promoveu a evolução científica, tecnológica que tem influenciado bastante a forma como vivemos (Giddens, 2001).

1-Envelhecimento demográfico, um desafio societário

O envelhecimento populacional é uma questão das sociedades atuais uma vez que anteriormente a esperança média de vida era muito menor e os que chegavam a velhos eram cuidados pelas famílias.

A nível do envelhecimento, verificou-se que durante a revolução industrial, as crianças

passaram a ser valorizadas, pois considerava-se que o investimento feito nelas tinha sempre um retorno. As pessoas idosas não eram valorizadas, uma vez que se tornavam improdutivas, porém não eram consideradas um problema. As pessoas idosas, ficavam em casa dos familiares até à sua morte, este período não era muito longo pois a esperança média de vida não era muito elevada (Pinto, 2016).

Em Portugal um dos primeiros estudos sobre a mortalidade, foi realizado por Joaquim Fronteira em 1950, e refere que a esperança de vida à nascença em 1920, era de 35,82 anos para homens e 40,06 para mulheres (Coelho & Nunes, 2015). No ano de 1960 a esperança média de vida, para os homens era de 60,9 anos e para as mulheres era de 66,4 anos. Em 2002, a esperança média de vida para os homens, aumentou para 75,5 anos e para as mulheres passou para 81 anos (Vaz [et al], 2004). Atualmente, a esperança média de vida é de 78 anos para os homens e 83 para as mulheres.

Verifica-se que o envelhecimento demográfico, tem suscitado bastante reflexão, sendo mesmo encarado por muitos como um problema. Atualmente o envelhecimento demográfico, é acima de tudo um desafio, que obriga as sociedades a organizarem-se de forma a proporcionarem qualidade de vida, para todos os indivíduos independentemente da sua idade.

O envelhecimento, pode ser considerado um problema social, devido a algumas das suas dimensões, e é necessário que seja feita uma intervenção eficaz, para que estes cidadãos possam usufruir de todas as garantias sociais de que necessitam. Sendo uma faixa etária mais vulnerável, a intervenção social torna-se essencial para evitar a marginalização. São consideradas políticas de intervenção social, todos os processos mediadores de cariz protetor que conduzem a ações de intervenção veiculadas por entidades políticas com o objetivo de criar respostas para os problemas sociais. As respostas sociais surgiram como soluções para os problemas sociais (Mouro, 2013).

Há dois fatores essenciais para definirmos o envelhecimento como um problema, que são o crescimento demográfico e os ajustamentos dos sistemas sociais que têm que ter em conta a pessoa idosa como titular de direitos. Nesse sentido, há que ter em conta que esta é uma população heterogénea a vários níveis nomeadamente a nível do género e do estatuto social. Os homens têm uma esperança média de vida menor do que as mulheres, e são na maior parte dos casos casados. As mulheres são maioritariamente viúvas e têm uma maior tendência para viverem isoladas. As pessoas que têm um estatuto social e económico superior, tem mais capacidade para enfrentar o envelhecimento pois têm um maior acesso a bens e serviços (Capucha, 2012).

Atualmente o envelhecimento demográfico, é considerado a mudança mais importante na

estrutura da população, fenómeno que se acentuou a partir do século XX, com consequências nos sistemas sociais dos países mais ricos (Carmo, 2001). De facto, nas sociedades mais desenvolvidas tem-se verificado um aumento substancial da população com idade superior a 65⁶, como resultado da melhoria das condições gerais de vida, do avanço da medicina e das políticas públicas de proteção ao longo do ciclo de vida.

Para analisar o envelhecimento devem-se ter em conta duas dimensões, o envelhecimento demográfico e o envelhecimento individual. O primeiro, demonstra as alterações sofridas na estrutura etária da população, em que houve um aumento significativo dos indivíduos com idade superior a 65 anos. O segundo, abrange as mudanças que o envelhecimento implica, a nível psicológico biológico e social. O envelhecimento individual, difere de pessoa para pessoa e é condicionado por vários fatores como a genética, os estilos de vida e a profissão exercida. (Stella, 2013).

O envelhecimento da população, é causado pela ausência do crescimento demográfico e pelo aumento da esperança de vida. A fertilidade também é um elemento muito importante, pois esta determina o número de pessoas que nascem, quando este diminui acaba por contribuir para o envelhecimento populacional. O envelhecimento populacional é inevitável, no entanto, nos países onde se verificou uma quebra rápida da fecundidade possivelmente por volta de 2050 registarão um "super envelhecimento" (Wilson, 2009).

O envelhecimento demográfico pode ter as seguintes causas: envelhecimento artificial de topo, envelhecimento natural de topo e envelhecimento natural de base. O envelhecimento artificial de topo tem a ver com a concentração de idosos em certas regiões. Isto deve-se a condições climáticas e a existência de serviços especializados. Há também alguns casos em que há uma forte migração da população jovem que acaba por ter como consequência o envelhecimento demográfico de certas zonas. O envelhecimento natural de topo resulta do aumento de pessoas com mais de 65 anos que tem como consequência o aumento da esperança média de vida. Este tipo de envelhecimento é uma consequência dos avanços a nível da medicina e de melhores condições higiénicas e sanitárias entre outras. O envelhecimento natural na base resulta da quebra da natalidade é característico das sociedades industrializadas e leva a uma redução da camada mais jovem da população (Carmo, 2001).

Em Portugal, o processo de envelhecimento demográfico ocorreu devido à alteração das

⁶ Em Portugal a pirâmide etária dos Censos de Censos 2021 mostra uma população envelhecida, verifica-se um estreitamento nos grupos etários de base e um alargamento nas idades mais avançadas (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

taxas de natalidade e de mortalidade, que eram ambas altas e passaram a ser baixas. A imigração jovem, acentuou este tipo de transição tendo-se verificado também uma atratividade pelos meios urbanos devido aos baixos salários do sector primário (Dias & Rodrigues, 2012).

Atualmente, o número de residentes em Portugal tem vindo a aumentar. Nos últimos anos, devido á imigração, o saldo populacional tem sido sempre positivo. Por um outro lado, o envelhecimento demográfico fez com que Portugal, já tenha ultrapassado as 3 mil pessoas com mais de 100 anos. Com mais de 65 aos há mais de 2.5 milhões de pessoas e desde 2019 a população idosa tem tido um crescimento anual de 2% (Pordata, 2024).

A existência de uma população envelhecida tem consequências a vários níveis, nomeadamente a nível económico, político, social e também individual. A nível económico, há mais custos relativos à saúde, à criação de estruturas residenciais para idosos e também maiores custos para a segurança social a nível das reformas. Encargos estes que são suportados pela população ativa. A nível político este grupo etário, acaba por ter um maior peso eleitoral, logo pode alterar o funcionamento de uma sociedade. Estas sociedades, podem eventualmente ter uma baixa taxa de desemprego, pois há pouca população ativa, baixa criminalidade, pouca tolerância da desordem, elevada aceitação da autoridade e uma baixa inflação pois os idosos podem não gostar de ver as suas poupanças diminuídas (Carmo, 2001).

Embora as sociedades europeias estejam cada vez mais envelhecidas, verifica-se que ainda há uma visão muito pessimista relativamente ao processo de envelhecimento, uma vez que é considerada uma experiência de vida inevitável é indesejável que muitos acabam por a negar ou camuflar. Nunca se procurou tanto manter uma aparência jovem, as pessoas lutam por manter um corpo jovem e saudável. Aspectos como a doença e a morte, são muitas vezes excluídos dos discursos e das imagens, ou seja há uma grande dificuldade em encarar a finitude do ser humano como algo natural (APAV, 2010).

Verifica-se uma categorização de idades, em que a juventude é mais valorizada devido ao fato de ser produtiva. Os indivíduos, são avaliados em função da sua capacidade de rendimento, aquando da reforma tornam-se substituíveis e muitos sentem-se como se tivessem perdido a sua essência (Santos & Encarnação, 1997).

Atualmente o envelhecimento demográfico, é um dos grandes desafios de várias nações incluindo Portugal. Este tem consequências a nível económico, político, social e também individual. As pessoas envelhecem cada vez com mais qualidade de vida no entanto a nível social e pessoal este fenómeno ainda é visto como algo negativo. Ou seja é dada muita importância a perdas relacionadas com o envelhecimento, em detrimento de aspetos positivos como, por exemplo. haver mais tempo para realizar atividades de acordo com o gosto de cada

um e maior experiência de vida entre outros. A desvalorização das pessoas idosas, fez com que estas se tornassem mais vulneráveis logo foi necessária a implementação de documentos específicos para proteger os seus direitos e liberdades fundamentais.

Há que criar uma imagem positiva do envelhecimento através do reconhecimento da autoridade, da sabedoria e da dignidade das pessoas mais velhas. Estes valores devem acompanhar o indivíduo durante toda a sua vida, no entanto, nem sempre são respeitados. Em algumas sociedades as pessoas idosas são encaradas como sendo um fardo pois acarretam algumas despesas nomeadamente a nível de cuidados de saúde (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

O envelhecimento constitui um desafio para as sociedades, é o resultado e, também, influenciador das mudanças sociais. Nas sociedades envelhecidas, são necessárias adaptações nas políticas públicas, principalmente a nível das políticas sociais e de saúde. Neste processo também se torna muito relevante o papel da família que influencia sempre bastante o percurso de vida de cada pessoa independentemente da sua idade.

2-Família e envelhecimento

A família assume um papel muito relevante na vida de todos os indivíduos, dando apoio a vários níveis. No caso das pessoas idosas, por vezes, assume a prestação de alguns cuidados. Esta é uma estrutura que têm evoluído ao longo do tempo, fazendo com que alguns papéis se tenham alterado.

O conceito família, surgiu na Roma antiga e designava um conjunto de pessoas e bens que se submetiam à autoridade do "pater famílias". Ao longo do tempo, este conceito tem evoluído e na sociedade atual há várias formas de vida familiar (Sarmento, Pinto & Monteiro, 2010).

Segundo Leandro (cit. in, Sarmento, Pinto & Monteiro, 2010), a família é uma instituição fundamental em todas as sociedades e tem revelado capacidade de resistência e de adaptação. Esta foi das poucas instituições que conseguiu ultrapassar as mudanças sociais económicas, culturais e políticas.

A família é também, um sistema dinâmico constituído por subsistemas como por exemplo o subsistema individual, o conjugal e o filial. Estes subsistemas interagem entre si e também com a comunidade verificando-se uma influência mútua. A família evolui, organiza-se tendo em conta a identidade grupal, porém também e faculta um desenvolvimento autónomo a cada um dos seus elementos sem que se verifique perda da identidade familiar (Azeredo, 2011).

Atualmente o termo família, designa um conjunto de pessoas que vivem na mesma casa.

Em sentido lato, a família é um conjunto de pessoas que descende dos mesmos antepassados. Os laços de parentesco podem ser diretos ou adquiridos. Os primeiros são por via do sangue e os segundos obtêm-se através do casamento. No caso das famílias consanguíneas, estas dividem-se em restrita e nuclear. A família, é um grupo primário que permite a convivência intergeracional em se desenvolvem relações de parentesco e intimidade que se prolongam durante vários anos. A família vai muito além dos laços biológicos ou legais pois cresce e evolui ao longo do tempo (Roca, 2001).

Para entendermos melhor as modificações do sistema familiar, importa perceber de que forma tem vindo a evoluir, tendo em conta todas as mudanças sociais que se têm verificado.

Os discursos sociológicos do final do século XIX e do início do século XX, eram influenciados por correntes de evolucionismo social, que fomentavam a perspetiva da família nuclear e os restantes parentes perderam alguma relevância. Parsons referia que a família, tinha duas tarefas principais que eram o desenvolvimento da criança e a estabilização do casal. Este autor, argumentava que as exigências laborais de uma sociedade industrializada não eram compatíveis com uma família extensas (Sousa, Patrão & Vicente, 2012). Verificou-se assim, que durante muito tempo as ciências sociais consideravam que as relações de parentesco alargadas, eram características das sociedades pré- modernas. Recentemente alguns autores, como são os casos de Leseman & Martim e Attias-Dounfut, contrariaram as teorias anteriormente referidas. Concluiu-se assim que a mobilização de recursos, não se faz apenas nos grupos domésticos, sendo que as relações sociais primárias vão para além do grupo de residência. A solidariedade familiar, acaba por ter um grande impacto a nível da vida quotidiana das famílias e também a nível da sua economia (Vasconcelos, 2005).

Após a I Guerra Mundial, surgiu uma cultura familiar, a mulher tinha como tarefa cuidar do lar e todos os modelos que se afastassem deste tipo de família eram marginalizados. A família originava-se com dois indivíduos, com o mesmo estatuto social que se conheciam há vários anos e que tinham uma educação semelhante. Na maior parte dos casos as mulheres não trabalhavam e tinham tarefas bem definidas, como por exemplo cuidar das crianças e facultar a sua socialização. Não era comum terem que cuidar das pessoas idosas pois normalmente a maior parte das pessoas falecia antes de atingir os 50 anos (Azeredo, 2011).

O número de casamentos e de filhos aumento bastante após a II Guerra Mundial. A partir de meados dos anos sessenta verificou-se uma diminuição dos casamentos e do número de filhos e também o aumento das separações. Estes fenómenos aconteceram devido a alguns movimentos políticos que lutaram pelos direitos das mulheres (Imaginário, 2008).

Em Portugal as famílias mudaram bastante, uma vez que se realizou uma privatização da

vida conjugal. Nos anos 60 e 70, verificou-se um grande surto migratório e também a entrada de um maior número de mulheres no mundo do trabalho. Com o 25 de Abril de 1974, os casais jovens tiveram novas oportunidades, tornaram-se mais autónomos, deixaram de ser controlados pelas gerações mais velhas e centraram-se na educação dos filhos. Os casais começaram a vivenciar um maior companheirismo e uma maior igualdade de género. Este modelo fez também com que a família nuclear, se fechasse sob si mesmo limitando assim os contactos com os outros familiares (Wall, 2005).

Segundo Wall (2005), verificaram-se mais dois movimentos são o "individualismo" e o "associativismo", contudo estes não foram tão expressivos. O "individualismo" está relacionado com uma aspiração social dos grupos mais favorecidos. No "associativismo" as famílias tentam equilibrar a emancipação individual e as responsabilidades individuais. Há um maior investimento na vida profissional das mulheres e há também uma maior autonomia a nível da gestão dos seus bens monetários.

As mudanças sociais ocorridas nos últimos quarenta anos no mundo ocidental, criaram novos paradigmas da vida em sociedade. O modelo tradicional de família, foi afetado e a população idosa tornou-se mais vulnerável. Podemos identificar três correntes que contribuíram para este cenário social: os movimentos migratórios, alteração dos referenciais tradicionais de família e de solidariedade, o ideal de juventude. Relativamente aos movimentos migratórios, verificou-se que muitas pessoas saíram das zonas rurais para as zonas urbanas, à procura de melhores condições de vida. As zonas rurais sofreram muitas alterações demográficas, passaram a ter muitas pessoas idosas e poucos jovens. Os referenciais tradicionais de família e de solidariedade no meio familiar também sofreram grandes alterações. Foram criadas muitas expectativas a nível da qualidade de vida e para conseguir este ideal as pessoas acabam por ter um grande ritmo de trabalho o que teve uma relação direta com a diminuição do número de filhos por casal. O ideal de juventude que tem vindo a ser divulgado pelos meios de comunicação social materializa-se em investimento comercial, político e social dificultando a afirmação de outras gerações (Ramalho & Montez, 2011).

Têm-se verificado mudanças, tanto a nível da composição familiar como a nível dos valores adotados pelas mesmas. A constituição de uma família, já não depende apenas do casamento e a coabitação. Os divórcios e separações tornaram-se mais comuns e as famílias monoparentais também. Há também indivíduos, que após a separação iniciam novas relações, formando assim famílias recompostas. Estas pessoas criam uma rede familiar nova, mas muitas vezes, continuam mantendo algumas relações com os membros da família anterior. Outro fenómeno que se tornou mais comum, é o facto de por vezes o marido e a mulher trabalharem

em locais tão distantes, que a família só se consegue reunir aos fins de semana ou nas férias. A vida familiar teve profundas alterações que modificaram as relações intergeracionais (Hoff, 2009).

Importa perceber, de uma forma mais pormenorizada quais são as alterações nos padrões familiares, considerando a estrutura familiar, os papéis e as funções de cada indivíduo.

A estrutura determina o lugar que cada indivíduo ocupa na família, tendo em conta as relações por ele estabelecidas. Uma pessoa tem várias posições na estrutura familiar como por exemplo: pai, filho e irmão entre outros. Relativamente aos papéis, estes estão relacionados com o comportamento expectável, com as obrigações e com os direitos. Os papéis desempenhados por cada indivíduo, são influenciados por fatores, culturais e sociais que vão sofrendo modificações e dão origem a ambiguidades, contradições e outras definições do mesmo papel. Relativamente às funções, estas são para manter a integridade e dar resposta às necessidades familiares, tendo sempre em conta as expectativas da sociedade. Como funções da família podemos evidenciar, a promoção de afeto, da continuidade das relações, da socialização, do sentimento de utilidade. A família tem também como função, cuidar da saúde dos seus membros e dar resposta às suas necessidades (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010).

Alguns autores consideram que a família contemporânea é uma estrutura em crise. As mudanças não são apenas estruturais são também a nível das mentalidades e das atitudes. Para definir uma estrutura familiar, é importante ter em conta o tipo de vínculo existente, destacando-se o vínculo da consanguinidade, da afinidade do casamento e da dependência. Um grupo de Historiadores de Cambridge definiu uma tipologia de estruturas familiares ao longo de dois eixos, um vertical e o outro horizontal. Tiveram como referência estes eixos e constituíram quatro categorias principais de estruturas de convivência: grupos domésticos sem estrutura como é o caso de amigos que partilham casa, grupos domésticos simples compostos por pais e filhos ou por casais sem filhos, grupos domésticos extensos constituídos por membros da família simples e também por parentes ou ascendentes e os grupos domésticos múltiplos aonde à vários casais com filhos (Imaginário, 2008).

As alterações nos modelos familiares, estão diretamente relacionadas com as mudanças a nível económico, social, cultural e demográfico. Para além de se ter verificado o aumento das mulheres no mercado de trabalho, verificou-se também o aumento dos custos relacionados com a habitação. As mulheres são mães mais tarde e também tem menos filhos que por sua vez dependem financeiramente dos pais durante mais tempo (Williams, 2010).

Carter e McGoldrick, defendem que o ciclo da vida familiar tem 5 estádios. O primeiro acontece quando um jovem se torna independente, o segundo é quando se forma um casal, o

terceiro é quando nascem filhos, o quarto é quando os filhos se tornam adultos e o quinto é quando o casal se torna idoso. Cada estágio implica sempre a realização de tarefas, que obrigam à redefinição de papéis familiares. A primeira referência ao envelhecimento, acontece regra geral na fase em que o casal tem filhos adolescentes e tem que se organizar para cuidar dos seus pais idosos. Numa fase seguinte em que os filhos já estão fora de casa, poderemos considerar que o envelhecimento apresenta essencialmente dois desafios, as incapacidades dos pais idosos, que fazem com que eles necessitem de cuidados e também o envelhecimento do casal (Sousa, Patrão & Vicente, 2012). Surge assim uma geração intermédia apelidada de *geração sanduíche*, esta gravita entre duas gerações com expectativas e objetivos diferentes. Estes indivíduos desempenham um conjunto de papéis, são pais, profissionais, e, por vezes, cuidadores dos seus progenitores (Figueiredo, 2007). Muitas vezes as famílias acabam por aceitar as alterações dos papéis geracionais e a penúltima geração começa a assumir os papéis da geração mais velha (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

No último estágio do ciclo de vida familiar, há alguns acontecimentos que implicam bastantes mudanças. Os indivíduos têm que se adaptar ao declínio a nível físico, e nem sempre é fácil manterem os seus interesses e explorarem novos papéis a nível familiar. Neste estágio as pessoas desenvolvem um conjunto de papéis, como por exemplo avô e mais tarde bisavô. Estes indivíduos podem lidar também com a perda do cônjuge e preparar a família para a sua própria morte. Por vezes é necessária a adaptação à doença crónica e a aceitação dos cuidados prestados pelos familiares (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Considera-se que a maturidade filial acontece, quando a geração intermédia ajuda a mais velha, a nível das funções executivas e também a nível da prestação de cuidados. Quando a geração mais velha aceita este tipo de apoio, verifica-se que uma certa reciprocidade característica das relações bem sucedidas. A entajuda entre pais e filhos tem consequências a nível do bem estar e da satisfação. A troca de apoio entre as pessoas idosas e os seus filhos tem sido estudada, tendo em conta o conceito de solidariedade intergeracional que destaca duas dimensões, a instrumental e a afetiva. A nível instrumental, considera-se que pais e filhos dão respostas a necessidades práticas que poderiam ser supridas fora da dinâmica, pai filho. A nível afetivo, ambas as partes são fontes de apoio a nível emocional. Desta forma pode-se considerar, que o sucesso das relações familiares das pessoas idosas, pode ser influenciado por atitudes e comportamentos, que remetem para as competências principais do sistema familiar nomeadamente: manter as relações familiares e adapta-las ao logo do ciclo vital, possibilitar ao idoso a exploração de novos papeis sociais e familiares, incentivar a solidariedade intergeracional e negociar o poder e a hierarquia as várias gerações (Sousa, Patrão & Vicente,

2012).

Tal como foi referido anteriormente, nesta fase do ciclo vital verificam-se alterações na estrutura familiar, pois os filhos abandonam o meio familiar e necessitam de outros tipos de apoio como por exemplo cuidar dos netos. Ser avô é algo que a maior parte das pessoas anseia durante a terceira idade, uma vez que este laço proporciona o desempenho de vários papéis. Os avós e netos podem manter uma relação bastante facilitada e isenta de algum tipo de responsabilidades. Podem verificar-se alguns problemas nomeadamente nos assuntos educativos (Figueiredo, 2007).

Importa refletir sobre as suas funções da família, os seus papeis e as suas relações e até que ponto as famílias têm a capacidade de prestar todos os cuidados necessários principalmente em situações de uma maior dependência.

Durante muitos anos as famílias encarregavam-se de todos os cuidados que as pessoas idosas necessitavam, com a evolução das ciências médicas estes cuidados foram passando para os Hospitais. Posteriormente começou a surgir um movimento em que os cuidados familiares voltam a ganhar importância. O aumento da esperança média de vida, fez com que haja um número cada vez maior de familiares a cuidarem de pessoas idosas (Large & Araújo, 2014).

É necessário criar uma definição de família mais inclusiva, tendo em conta os membros mais idosos. Sampaio e Gameiro, apresentam uma definição de família multigeracional, que contém um conjunto de elementos, ligados a um nível emocional e que tem pelo menos três gerações. Também fazem parte também da família, elementos que não têm uma ligação biológica, mas que são significativos, havendo assim a família nuclear, a extensa e as pessoas significativas, com por exemplo os amigos. Bedford & Blieszner definem a família, como sendo provedora de um conjunto de relações que são determinadas por laços biológicos, de adoção, de casamento, e esta designação pode existir mesmo que não se verifique um contrato ou envolvimento a nível afetivo. Esta definição inclui as pessoas idosas e também as diferentes formas de como eles definem e executam as relações familiares (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Ao falarmos de famílias acaba por se tornar relevante abordar o conceito de integridade familiar pois este acaba por ter alguma relevância para as pessoas idosas.

A integridade familiar faz com que a pessoa idosa viva um sentimento de paz e satisfação com o presente o passado e o futuro das relações familiares. Este conceito envolve um sentimento de pertença e de proximidade emocional com a família, implica disponibilidade afetiva e instrumental, tanto por parte da família como por parte da pessoa idosa. Em alguns

casos este conceito pode ter uma vertente negativa, pois pode criar um sentimento de desconexão familiar, que se caracteriza pelos contactos raros, pela falta de comunicação e por sentimentos de isolamento. Eventualmente, pode haver uma alienação familiar, que se deve ao facto de não haver uma partilha de valores, crenças e um sentimento de identidade em relação à família. A integridade familiar, está assim dependente de três competências familiares: aceitação das perdas, partilha de legados familiares e individuais através de histórias ou rituais e transformação das relações familiares (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Muitas vezes como as pessoas idosas têm a noção que o seu percurso de vida mais limitado, têm a necessidade de resolver conflitos e corrigir erros a nível familiar. Estas nem sempre são tarefas fáceis, uma vez que alguns familiares não têm disponibilidade para participar neste processo, ou querem evitar o sofrimento que estes assuntos podem provocar. Algumas famílias excluem as pessoas idosas das discussões familiares, com o objetivo de evitar sofrimento, mas esta atitude afasta os membros da família e dificulta a aceitação dos conflitos e das perdas. Quando há processos familiares que ajudam a pessoa idosa a aceitar conflitos passados, viver o presente e planear o futuro, há também uma comunicação mais fácil, a pessoa idosa é envolvida na resolução de problemas e há mais espaço para a redefinição de papéis (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Atualmente a família ainda possui um papel relevante nos cuidados à pessoa idosa, muitas vezes fazem-no de uma forma intensiva, tornando-se cuidadores informais, outras vezes recorrem ao apoio prestado por algumas instituições o que não invalida que acompanhem a pessoa idosas durante alguns momentos da sua vida.

Tal como já foi referido anteriormente, o Código Civil português no artigo 2009, estabelece o princípio da solidariedade familiar alargada, logo reconhece o dever de alimentação por parte dos filhos e de outros descendentes. Esta é uma questão bastante controversa, para alguns existe um dever moral de contribuir para o bem-estar e para a sobrevivência dos pais tendo em conta o princípio da reciprocidade. Os pais cuidam dos seus filhos durante a infância e os filhos cuidam dos pais durante a terceira idade. Os deveres dos filhos não têm apenas uma dimensão económica, pois os filhos estão vinculados aos seus pais por deveres de solidariedade que são reforçados por deveres morais (Faria, 2015).

Nos países mais desenvolvidos, a família alargada é praticamente inexistente e tem muitas dificuldades em prestar todo o tipo de apoio que as pessoas idosas necessitam. Embora em muitos casos as instituições substituam a família nos cuidados às pessoas idosas, estas mantêm um papel de extrema relevância e desempenham funções a nível psicobiológico, sociocultural

e económico entre outros. Em qualquer fase da vida as pessoas necessitam de estabelecer laços afetivos, que se devem manter mesmo quando não é possível conviverem todos os dias. Nas famílias há partilha, comunicação, convívio e capacidades para lidar com situação de crise. Em qualquer fase da vida o ser humano necessita de amar e ser amado. A evolução fez com que se verificasse uma especialização da atividade funcional da família principalmente a nível da procriação, da criação dos filhos, da função afetiva, e do companheirismo (Figueiredo, 2014).

A família oferece apoio emocional e uma interdependência de afetos e emoções. É através da família, que se encontram apoios para satisfazer as necessidades e dar resposta aos problemas. Estas funções permitem evitar, o isolamento e a solidão e nenhuma instituição pode substituir a família (Imaginário, 2008).

Outro conceito relevante nas relações da pessoa idosa com a sua família é a solidariedade intergeracional, uma vez que esta influencia o dia a dia de ambas as partes. Esta acontece quando há um intercambio de recursos, a pessoa idosa oferece apoio financeiro em troca da prestação de cuidados e outros tipos de apoio como por exemplo: pequenas reparações, idas às compras e transportes entre outros. A solidariedade intergeracional familiar, pode ser explicada tendo em conta as seguintes dimensões: a associativa, a afetiva, a consensual, a funcional, a normativa e a estrutural. A dimensão associativa, está relacionada com os padrões de interação entre as pessoas, ou seja, pessoas que se encontram muitas vezes e que estabelecem conversas. A afetiva acontece quando há uma proximidade emocional, que acaba por gerar sentimentos de afetos. A dimensão consensual está relacionada com a partilha de valores, atitudes e crenças. A solidariedade funcional refere-se às ajudas mútuas. A solidariedade normativa é semelhante à consensual, mas está mais relacionada com o compromisso assumido tendo em conta as funções e obrigações da família. A solidariedade estrutural, está relacionada com as redes sociais que corresponde às estruturas de oportunidade de solidariedade intergeracional, como por exemplo idosos que têm familiares que residem perto deles. Este modelo é muito usado nos estudos sobre as relações intergeracionais e estes têm chegado à conclusão que esta permanece forte nas nossas sociedades (Hoff, 2009).

Há que salientar o papel do cuidador informal, que em Portugal já tem alguns benefícios, que lhe foram atribuídos pelo estatuto do cuidador informal, porém não deixa de ser uma tarefa complicada, que em muitos casos exige muita disponibilidade por parte do cuidador e acaba por ter consequências a nível da saúde física e psicológica do mesmo.

Há um conjunto de alterações que se podem verificar quando uma pessoa se torna cuidador, nomeadamente a nível profissional, económico, na saúde física e psicológica e também no lazer. Uma das alterações que se verifica mais frequentemente está relacionada com as relações

familiares. Podem-se originar conflitos familiares causados pela falta de acordo entre os cuidadores e outros familiares e devido a comportamentos, atitudes de uns e outros (Imaginário, 2008).

As famílias organizam-se de formas diferentes perante situações de dependência e a qualidade dos cuidados prestados depende, de como a família está preparada organizada e orientada. É necessário que as famílias encontrem equilíbrio e força, para poderem lidar com esta nova realidade. Quando isso não acontece, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual, que pode ter consequências negativas na prestação de cuidados (Gomes & Mata, 2012).

As famílias têm um papel importante na preservação dos direitos das pessoas idosas. Estas podem evitar o isolamento, suprir carências a nível material e também para cuidar das pessoas idosas à medida que estas se vão tornando cada vez mais dependentes, porém nem sempre são capazes de desempenhar estes papéis. A nuclearização das famílias, o trabalho e o facto de os filhos morarem longe dos pais, acabam por afastar os membros da família. Em alguns casos, o facto das pessoas idosas se tornarem dependentes daqueles em outrora eram dependentes dos seus cuidados, em vez de gerar afetos, produz sentimentos de intolerância, exploração e até violência. Há muitas pessoas idosas que para preservarem os seus afetos com os filhos, optam por não terem que depender dos seus cuidados, recorrendo assim a cuidadores formais (Capucha, 2012).

Em Portugal a família ocupa um lugar preponderante na prestação de cuidados a pessoas idosas com doenças crónicas incapacitantes, pois mesmo existindo alterações na estrutura familiar ainda há muitas famílias em que cuidar das pessoas idosas é um valor cultural que se mantêm (Azeredo, 2011). Encarrega-se da prestação de 80% dos cuidados informais (Gil, 2013). A taxa de atividade feminina é superior à média europeia e na maior parte dos casos estas trabalham a tempo inteiro. Muitas mulheres portuguesas acabam por ter uma dupla jornada de trabalho, nestes casos cuidar de familiares dependentes acaba por se tornar numa sobrecarga (Carvalho, 2015).

Os homens cuidadores ainda são muito poucos, mas ultimamente observa-se uma mudança de papéis relativamente aos maridos que cuidam das suas esposas. Este tipo de cuidadores tem vindo a aumentar em situações de doença mental e em outros tipos de doenças crónicas incapacitantes. Estes cônjuges envolvem-se normalmente em todos os tipos de cuidados sejam estes expressivos ou instrumentais (Large & Araújo, 2014).

Para algumas famílias a institucionalização, acaba por ser só em último recurso, pois têm

uma opinião muito depreciativa das estruturas residenciais para pessoas idosas. Há uma crença comum, de que as famílias abandonam as pessoas idosas nas instituições. Este mito, pode ocorrer pelo facto de muitas pessoas acreditarem que os cuidados que os pais prestaram aos filhos devem ser retribuídos, quando eles se tornam pessoas idosas. Esta crença poderá ser geradora de sentimentos de culpa nos filhos de pessoas idosas dependentes, pois há uma discrepância entre as expectativas e a realidade (Figueiredo, 2007).

A família é uma estrutura que tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo. Estas alterações tiveram repercussões na vida das pessoas idosas. Algumas pessoas idosas conseguem ter um envelhecimento ativo, desenvolvem várias atividades e ainda apoiam os seus familiares a vários níveis.

Quando o envelhecimento está associado a dependência o papel da família muda completamente. Por vezes surgem discursos culpabilizando as famílias pela falta de apoio prestado aos seus familiares idosos, porém há que fazer uma análise bem fundamentada dos fatores que impedem as famílias de prestar todos os cuidados que as pessoas idosas necessitam. Cada família tem uma dinâmica diferente e cuidar de uma pessoa idosa é uma tarefa complicada. Geralmente esta tarefa é assumida pelo membro da família que tem condições mais favoráveis nomeadamente proximidade geográfica, condições habitacionais, vontade e disponibilidade. Muitas vezes este papel é desenvolvido pelo cônjuge que por sua vez também possui algumas limitações. Muitas vezes as famílias perante a incapacidade de serem cuidadoras acabam por recorrer às instituições.

Em Portugal em alguns casos as instituições são financiadas pela segurança social e estão incluídas num conjunto vasto de políticas que têm como objetivo promover os direitos humanos das pessoas idosas.

3-A Pessoa Idosa numa sociedade em mudança: novos papéis, novas fragilidades sociais?

Ao falarmos de pessoas idosas temos que ter em consideração, que este é um grupo bastante heterogéneo em que há diferentes tipos de necessidades e também diferentes expectativas de vida. Há pessoas idosas que são bastante autónomas e outras que se tornam dependentes. Importa perceber até que ponto a sociedade está preparada para lidar com as pessoas idosas de forma a compreenderem todas as suas necessidades e expectativas.

Para melhor compreendermos o papel das pessoas idosas na nossa sociedade, importa referir que o envelhecimento começou a ser visto como um problema, durante a revolução industrial.

Envelhecimento, reforma e desproteção social transformaram-se numa tríade, o que fez com que na sociedade industrial a pessoa idosa se tornasse vulnerável socialmente. Envelhecer passou assim a ser sinónimo de desocupação, perda de rendimentos e desproteção social. O primeiro elemento a sair desta tríade, foi a desproteção social, uma vez que o poder político utilizou a política setorial, para criar serviços que permitem controlar os padrões de vida das pessoas e que criaram um maior sentimento de segurança nos trabalhadores. Os reformados receberam alguma atenção por parte do Estado Social, devido a terem crescido em termos numéricos e também devido ao modo de vida que tinha sofrido as alterações que a reforma implicam e que fazem com que os indivíduos tenham que reorganizar toda a sua vida (Mouro, 2013).

O envelhecimento foi muito associado à dependência e à enfermidade. Foi definido como um problema social que assenta em pilares que são a desproteção e a exclusão social. A desproteção acontece devido à incapacidade da família para cuidar e à falta de respostas sociais. A exclusão social, quando conduzida pela pessoa idosa está relacionada com a falta de perspetivas para o futuro e com a perda de afetos. Quando é conduzida pela sociedade, está relacionada com a falta de reconhecimento das potencialidades das pessoas idosas (Mouro, 2013).

Tendo as pessoas idosas começado a ser vistas como um problema, originou-se uma nova área profissional que veio constituir um saber e também um poder. Um saber porque foram implementadas disciplinas tais como a geriatria e a gerontologia. Um poder porque o facto de algumas pessoas idosas se vem confrontadas com situações de perda a nível físico e cognitivo, fez com que fossem definidas as suas necessidades sem que as pessoas idosas participassem nesse. Assim criaram-se respostas estereotipadas para responder aos problemas das pessoas idosas (Cardoso, 2018).

Importa também refletir, se atualmente as pessoas idosas ainda são um grupo em risco de exclusão e até que ponto os preconceitos em relação ao idadismo estão a mudar.

As pessoas idosas podem ser consideradas um grupo em risco de exclusão, porque ainda há algum preconceito para com estas pessoas por parte das gerações mais novas. Há uma cultura de valorização da juventude difundida pelos meios de comunicação social. Por vezes as pessoas idosas acabam por se tornar mais frágeis, pois perdem alguns dos seus papéis sociais, sentem-se inúteis e nem sempre são apoiados pela sua família (Pardal, 2014).

Verifica-se uma dicotomia, entre as obrigações do Estado para com as pessoas idosas e economia do mercado global, que pode levar ao aumento dos preconceitos em relação a esta faixa etária, uma vez que a população ativa se pode sentir sacrificada. Muitas vezes os direitos sociais são considerados como regalias e vistos como estando diretamente ligados ao

agravamento dos impostos. É evidente que este tipo de discurso não é correto, pois as gerações mais velhas deram o seu contributo para que as gerações mais novas possam ter algumas regalias que promovem o bem-estar pessoal e social (Pinto, 2016).

Os estereótipos em relação ao envelhecimento, estão a mudar muito lentamente, porém ainda há uma grande diferença entre a imagem que as pessoas idosas querem ter e a que têm na realidade. Esta mudança deve ser promovida, tanto pelas pessoas idosas como pelas instituições. É necessário que as pessoas idosas promovam hábitos de vida mais saudáveis e que estejam mais motivados para a adaptação às novas tecnologias. As pessoas idosas têm que ter a noção, de que embora a sua experiência de vida seja importante, devem adquirir conhecimentos até ao final da sua vida, para evitarem o isolamento social e serem capazes de lutar pelos seus direitos (Azeredo, 2016).

Tal como já foi referido anteriormente este é um grupo bastante heterogéneo, logo há várias formas de envelhecer, algumas pessoas idosas mais dependentes e outras que são completamente independentes.

Nas primeiras abordagens sobre as pessoas idosas, este grupo foi considerado socialmente homogéneo, foi visto como um grupo de risco em que os problemas eram muito semelhantes. Posteriormente começou-se a perceber que existem diferenças, sendo estas reconhecidas tendo em conta a idade e assim surgiram os conceitos terceira e quarta idade, o primeiro inclui pessoas entre 60/75 anos e o segundo após os 75 anos. As diferenças entre as pessoas idosas, podem ser muitas e estão relacionadas com várias variáveis nomeadamente, estado civil, sexo, nível de educação, questões de saúde, local aonde vivem e os recursos financeiros que possuem tendo em conta que estes foram influenciados pela atividade anterior (Cardoso, 2018).

A dependência física pode refletir-se a nível da locomoção, da alimentação, a nível da deterioração cognitiva, da perda de visão e de audição. Considera-se que a pessoa dependente, é aquela que necessita de apoio para a realização das atividades da vida diária. Há também que considerar que em algumas atividades, a pessoa idosa pode ser dependente enquanto que em outras é independente, ou seja necessitar de apoio apenas para a realização de algumas tarefas (Sarmiento, Pinto; Monteiro, 2010).

Muitas pessoas idosas conseguem manter a sua autonomia e sozinhos ou com um cônjuge, conseguem ter alguma qualidade de vida. É necessário que tenham acesso aos cuidados de saúde, que estejam integrados na comunidade onde vivem para evitar o isolamento e que tenham rendimentos para poderem viver com dignidade (Capucha, 2012).

Quando falamos em pessoas idosas que se conseguem manter com alguma autonomia, há que

ter em conta alguns conceitos tais como: envelhecimento bem sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo.

Considera-se o envelhecimento bem sucedido, quando o indivíduo continua a manter as suas capacidades tanto físicas como mentais. Este é influenciado por três fatores: baixo risco a nível das doenças e das incapacidades, interesse em manter uma vida ativa e saudável e um bom funcionamento físico e mental. Todos os indivíduos têm um papel decisivo nas suas vidas, podem prevenir doenças e promover a saúde física e mental (Simões, 2006).

O envelhecimento produtivo, transmite-nos também uma visão positiva desta fase do ciclo vital e tem como objetivo elevar o estatuto social das pessoas idosas. Este modelo tem como base a crença nas potencialidades dos idosos, que por vezes são desperdiçadas socialmente. O envelhecimento bem sucedido é muito individualista, depende apenas da atuação do indivíduo e este é considerado o único responsável pelo seu fracasso ou sucesso. São ignoradas as estruturas sociais e o contexto em que o indivíduo envelhece. O conceito de envelhecimento produtivo não é consensual, algumas teorias consideram apenas a dimensão económica em que apenas são referidos os serviços remunerados, enquanto que outras consideram todos os tipos de atividades sendo estas remuneradas ou não. Numa visão multidimensional podemos observar que há várias formas das pessoas idosas seres produtivas (Simões, 2006).

Na nossa sociedade a promoção do envelhecimento ativo, ainda está pouco consolidada. O envelhecimento ativo é um novo paradigma que visa contribuir para o desenvolvimento da pessoa idosa no seio da sua família e da sua comunidade. Este é um desafio, para as pessoas idosas, para os familiares e para os profissionais e requer a manutenção de um estilo de vida saudável, a maximização das capacidades das pessoas idosas e o tratamento eficaz de doenças e das fragilidades desta faixa etária (Ribeirinho, 2012).

O envelhecimento ativo resulta de uma interação entre fatores e possui dimensões, bio fisiológicas, psicológicas, sociais e ecológicas. A idade não é considerada um condicionante de envelhecimento, é apenas um indicador de que o indivíduo está numa fase mais avançada no processo de desenvolvimento humano. A nível biológico, a idade está relacionada com o envelhecimento orgânico sistémico e resulta na diminuição da auto regulação bio fisiológica. A idade psicológica, está relacionada com as respostas a nível do comportamento em situações de mudança a nível do ambiente. A idade social refere-se ao papel, ao estatuto e aos hábitos de um indivíduo para com outros da mesma sociedade é muito influenciado por fatores culturais. A idade ecológica tem a ver com os ambientes aonde o envelhecimento se desenvolve que são pode ser considerado determinante (Loureiro, 2014).

Através do conceito de envelhecimento ativo, pretende-se criar uma cultura de

envelhecimento, promovendo um estilo de vida saudável, que possibilita a prevenção de algumas doenças incapacitantes. Há uma vontade de inovar nesta área, que se expressa através da capacitação da pessoa idosa, em evitar atitudes discriminatórias em relação às pessoas idosas e em promover os seus direitos de cidadania. De uma forma geral o envelhecimento ativo reconhece como sendo uma vantagem, o facto de as pessoas idosas se manterem integradas na sociedade, mantendo a sua qualidade de vida sendo influenciado por perspetivas ecológicas e ambientais (Mouro, 2013). Quando se fala em envelhecimento ativo, há uma intenção de retirar a conotação negativa e garantir que estas pessoas tenham uma participação ativa na sociedade.

O documento da Comissão Europeia "Envelhecer com Saúde um Desafio para a Europa" refere que para um envelhecimento ativo, é necessária uma aprendizagem ao longo da vida, o adiamento da idade da reforma, reformar-se de uma forma gradual e após a reforma dedicar-se a atividades que sejam do seu agrado e que ajudem na manutenção da saúde (loureiro, 2014).

Não podemos dissociar o envelhecimento ativo da passagem à reforma, uma vez que esta representa um marco muito importante na vida de os indivíduos e que exige adaptação a uma serie de rotinas novas. A reforma não tem que ser percecionada de uma forma negativa. Devido ao trabalho ser tão importante os primeiros gerontologistas a estudar a reforma descrevem-na como sendo um pouco negativa. Estes associavam a reforma, à diminuição da autoestima, aos sentimentos de inutilidade, isolamento solidão, inatividade, declínio da saúde a nível físico e mental e dificuldades a nível financeiro. Com o passar dos anos, as pensões melhoraram significativamente e podendo haver perda de rendimentos esta acaba por ser menor. A maior parte dos indivíduos faz a transição da vida laboral para a reforma de uma forma relativamente fácil embora exija sempre um período de adaptação (Simões, 2006).

É importante que a passagem à reforma seja preparada e há pessoas que optam por ter vidas bastante ativas. A sociedade deve reconhecer o valor laboral das pessoas idosas, pois assim estas, sentem-se mas incentivadas para desenvolver atividades tendo em conta os seus gostos e expetativas (Figueiredo, 2014).

Para os novos reformados, há cada vez mais a tendência para que a reforma não seja percecionada como o final da vida, mas sim como uma nova etapa de libertação das tarefas laborais. Atualmente o envelhecimento, é considerado um fenómeno individual que tem repercussões a nível coletivo. O envelhecimento, tem vindo a tornar-se numa realidade natural da vida que leva a alterações biopsíquicas (Mouro, 2013).

Há um conjunto de variáveis que influenciam a adaptação do indivíduo à reforma, como por exemplo: o local aonde vive, aspetos biológicos, a profissão e o significado que esta tem para

essa pessoa entre outros (Fonseca, 2009). Este processo de adaptação, pode também ser atenuado quando há uma rede social sólida e quando os rendimentos são suficientes. A adaptação pode também ser dificultada, quando coincide com um acontecimento negativo, como é o caso da morte do cônjuge (Figueiredo, 2007).

Há que ter em consideração, que ser reformado não é um impedimento para um envelhecimento ativo, pois este é também influenciado pela vida familiar comunitária e social. Parece lógico que devido ao facto de vivermos mais tempo também acabamos por trabalhar até mais tarde, porém esta não deve ser a única hipótese. Há que considerar que para os indivíduos que se sentem realizados com a sua atividade laboral e não se sentem bem no seu meio familiar, o prolongamento da vida ativa pode ser muito benéfico. Para os indivíduos que sofrem muita pressão a nível laboral e não se sentem realizados a nível profissional, o prolongamento da vida ativa pode ser muito problemático. As pessoas idosas, devem poder decidir sobre o término da sua vida laboral ou então poderem conciliar o trabalho com a reforma. A proposta de uma "reforma flexível", pode ser muito interessante, pois permite ao indivíduo reformar-se de uma forma gradual, trabalhando cada vez menos, até ao momento em que finda completamente a atividade laboral (Neto, 2012).

A nível individual, a reforma é um marco que indica a transição para um novo estado de vida, que pode ser vivida com satisfação. A mesma liberta as pessoas de alguns afazeres, permitindo que elas desenvolvam outro tipo de atividades. Os indivíduos, acabam por ter mais tempo livre e também mais benefícios fiscais. Por um outro lado, algumas pessoas identificam-se de tal forma com o seu trabalho, que perdê-lo significa uma perda de identidade e por vezes há também uma perda de rendimentos. A vivência desta fase da vida depende da condição socio-psíquica, tanto do idoso como da família (Oliveira, 2012).

O mercado é gerador de desigualdades, pois estabelece hierarquias em função de determinados fatores nomeadamente, sexo, idade, nível de qualificação, recursos económicos entre outros. O tipo de trabalho que um indivíduo tem ao longo da sua vida, vai condicionar a sua velhice, principalmente a nível dos rendimentos. Por vezes os serviços de qualidade só são acessíveis para aqueles que têm mais rendimentos, logo as pessoas com menos recursos acabam por ser penalizadas (Capucha, 2012).

Futuramente o aumento da idade da reforma, tem que ser muito bem planeado, pois poderá dificultar a entrada dos jovens no mercado de trabalho e também o regresso dos desempregados na vida laboral. Prevê-se que serão necessárias várias medidas para manter os seguintes princípios equilibrados: garantia de rendimentos para as pessoas idosas, sustentabilidade dos sistemas de saúde e segurança social, o bem-estar biológico, psicológico e

social das pessoas ativas e a empregabilidade das pessoas à procura do primeiro emprego e dos desempregados. É necessário refletir sobre a idade da reforma, contando com a participação ativa dos futuros reformados (Neto, 2012).

No âmbito do envelhecimento ativo, nos últimos anos têm-se apostado em criar sociedades inclusivas, em que as pessoas idosas não são apenas recetoras de serviços. É uma abordagem, que prevê uma maior participação das pessoas idosas na sociedade tornando-se esta mais inclusiva independentemente da idade. Há que reconhecer que a contribuição das pessoas idosas, ultrapassa a e questão económica, ocupando estes um lugar importante nos cuidados a outros membros da família e também na realização de trabalho voluntário na comunidade aonde se inserem. O voluntariado sénior inclui pessoas com mais de 65 anos, estas pessoas ocupam o seu tempo com atividades sociais não remuneradas que exigem um compromisso. Há várias definições de voluntariado, porém todas estão de acordo com o facto deste ser gratuito, realizado por vontade própria para beneficiar outras pessoas. A nível macrossocial, o voluntariado realizado pelas pessoas idosas, tem vindo a crescer pois há mais pessoas idosas disponíveis e com capacidade para responder aos problemas sociais. A nível microssocial, este pode promover o bem estar dos indivíduos pois facilita a integração do indivíduo. O voluntariado constitui uma fonte de satisfação e faz com que a pessoa socialize e com que se verifique o aumento da autoestima. Com a reforma, as pessoas idosas são desafiadas para criar novas relações e muitos optam por o fazer através do voluntariado (Luiz & Miguel, 2021).

Devido á heterogeneidade desta faixa etária, a intervenção deve ser orientada por profissionais com uma formação interdisciplinar, com conhecimentos científicos específicos (Ribeirinho, 2012).

Durante muitos anos, considerou-se o envelhecimento com um problema, uma vez que este estava muito associado a um declínio físico e cognitivo, criaram-se serviços estereotipados com o objetivo de responder ás necessidades deste grupo, porém nunca foi requerida a sua participação o que causou alguma segregação desta faixa etária. Na realidade nem todos envelhecem da mesma forma, há pessoas que se mantêm ativas durante um maior período de tempo. É relevante que a pessoa idosa planeie a sua reforma pois assim não sentirá esta transição de uma forma tão abrupta e caso o pretenda poderá assumir novos papeis sociais como por exemplo a nível do voluntariado.

CAPÍTULO 3- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – um lugar de promoção dos Direitos Humanos?

No capítulo III é feita uma referência a elementos da história das instituições de apoio a pessoas idosas em Portugal, de natureza pública, do setor solidário e do mercado. É abordado o conceito e funcionamento das instituições de apoio aos idosos explorando, de forma particular, o setor não lucrativo, onde se inclui a maioria das instituições de apoio às pessoas idosas em Portugal. É realizada uma análise sobre as respostas sociais para as pessoas idosas no quadro das políticas públicas. É também descrito o papel do assistente social e feita uma análise das estruturas residenciais para pessoas idosas na sua missão de promoção dos Direitos Humanos dos residentes, evidenciando elementos relacionados com a privação dos seus direitos.

1- Instituições de Apoio a Pessoas Idosas em Portugal – génese e desenvolvimento

Para percebermos o funcionamento das as instituições de apoio às pessoas idosas em Portugal, torna-se relevante abordar a perspetiva histórica que fez com que as mesmas se tornassem necessárias e a forma como elas foram evoluindo ao longo do tempo.

Em Portugal a primeira Misericórdia surgiu em Lisboa no ano de 1498 por ação da Rainha D. Leonor, seguidamente foram surgindo outras em territórios portugueses e também em outras partes do mundo. Atribuir a exclusividade da assistência às Misericórdias, não está totalmente correto pois assim estaríamos a excluir as iniciativas particulares e eclesiásticas (Lopes, 2012).

As razões que levaram á criação e á expansão das misericórdias, estiveram relacionadas com a necessidade da coroa organizar a assistência. Nesta altura, estas confrarias incluíam-se também nas novas formas de espiritualidade, em que os leigos podiam viver a sua fé através da concretização de obras de caridade (Lopes, 2012).

As Misericórdias foram as confrarias mais poderosas durante a Idade Moderna, exerciam sobre as populações carenciadas a proteção e o controlo social. A fundação das Misericórdias foi uma forma de se tentar organizar a assistência. Os reis tinham interesse em serem reconhecidos como defensores da fé dos crentes e das boas práticas (Lopes, 2012).

No final do século XV em Portugal havia quatro tipos de instituições assistenciais: albergarias, mercearias, Hospitais e gafarias ou leprosas. Hoje em dia, apenas se mantêm os hospitais cuja função é a prestação de cuidados de saúde. A partir do século XVII, a solidariedade começa a perder a ligação com a religiosidade e a assumir-se como um dever

social do Estado e da sociedade civil. Podemos considerar que a fundação da Casa Pia em finais do século XVIII, foi uma referência para a criação de uma assistência social pública (Pereira, 2012).

Até ao século XIX, o envelhecimento não era um problema, uma vez que a maioria não atingia a terceira idade e os que a atingiam eram cuidados pela família ou por instituições religiosas (Lemos, 2005). No século XIX verificou-se o surgimento de novas políticas sociais, que foram influenciadas pela industrialização e pela extinção das ordens religiosas, que em conjunto com outros fatores levaram á que as condições de vida em meio urbano se degradassem. No ano de 1896, surgiram as associações mutualistas que eram laicas e que protegiam determinados grupos de indivíduos (Maia, 1985)

No século XX, após a II Guerra Mundial, começaram-se a desenvolver um conjunto de direitos e benefícios, concedidos através de um sistema que se designa como Estado Previdência. Este sistema fez com que os Estados, passassem a ter as seguintes funções: fornecimento de serviços, cobertura de riscos e redistribuição de rendimentos entre outros. Este modelo de Estado, define um sistema de Segurança Social uniforme e centralizado que colmata várias situações de risco, a nível da provisão de serviços sociais, institucionais e diretos (Joaquim, 2008).

Em Portugal o Estado Novo assumiu como questão central o controlo da sociedade civil, a ação da previdência baseava-se apenas num socialismo corporativista. Havia um assistencialismo corporativista que tinha como base valores éticos e religiosos (Hespanha et al, 2000).

A lei 2 115/1962 instituiu a reforma da previdência e fez com que ,a população abrangida pela previdência aumentasse e as eventualidades cobertas também, a cobertura territorial foi alargada e foram também criadas novas instituições. Esta lei estabeleceu a reforma a nível da saúde e da assistência. A nível da saúde foi definida uma política que implicou o alargamento da rede de hospitalar pública e privada e da reorganização e qualificação técnica dos serviços prestados. A nível da assistência social define que a implicação do Estado a nível de proteção social dos indivíduos não abrangidos por qualquer tipo seguro continua a orientar-se pelos princípios básicos da responsabilidade e da supletividade. A responsabilidade é pelo assistido ou pela família em sentido lato. Esta remete-nos para uma "tutela social" dos indivíduos, que defende a promoção da moral e do dever do trabalho. A supletividade é a nível da intervenção pública nas instituições privadas que proporciona condições morais, financeiras e técnicas mínimas. As instituições privadas eram autónomas dentro dos parâmetros da tutela administrativa do Estado (Hespanha et al, 2000).

Em finais dos anos 60, surgiram os Centros de Dia que eram essencialmente equipamentos de tratamento e de prevenção. Surgiram também os centros de convívio, que eram semelhantes aos centros de dia, porém mais vocacionados para a animação e para o lazer. Em 1969 realizou-se o seminário "Políticas para a Terceira Idade" que pode contar com a participação de Paul Paillat, e que foi a base das políticas sociais para as pessoas idosas. Em 1971 foi criado o serviço de "Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e aos Idosos", assim as pessoas idosas, a nível político, passaram a ser vistas como um grupo autónomo com características específicas (Pereira, 2012).

Com o final da ditadura a 25 de Abril de 1974 as políticas de proteção social foram alteradas profundamente. Foi criado um conjunto de medidas com o objetivo de se realizar uma redistribuição mais equitativa. Uma das medidas pretendia eliminar a pobreza extrema através da fixação de um salário mínimo, do subsídio de desemprego e da pensão social. Outras medidas foram mais orientadas para objetivos económicos e sociais e caso fossem cumpridas seria constituído um Estado de bem-estar social tipo Keynesiano (Hespanha et al, 2000).

A partir de 1980, foi abandonada a ideia da criação de um Estado de bem-estar que tinha por base a universalização dos direitos sociais. É feita uma distinção entre a população contributiva e não contributiva. Os regimes "não contributivos", têm como objetivo facultar a proteção social para os grupos mais vulneráveis que são: pessoas idosas, pessoas portadoras de deficiência, jovens e crianças entre outros (Hespanha et al, 2000).

No início dos anos 80, surgiram os Serviços de Apoio Domiciliário, na sequência da criação de políticas que promoveram a manutenção das pessoas idosas nos seus domicílios o maior tempo possível. Nos anos 90, surgiu o Acolhimento Familiar de Idosos, que proporciona o acolhimento de pessoas idosas em casa de pessoas idóneas. Foi também nessa época que foram criados os Centros de Noite e o Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos (Pereira, 2012).

Atualmente, o apoio às pessoas idosas é realizado através da família e das instituições, que podem ser públicas, privadas ou em parceria. A maior parte das instituições existentes em Portugal para apoio às pessoas idosas, são não lucrativas, logo torna-se pertinente fazer uma descrição e análise do funcionamento das mesmas.

Para alguns analistas, as organizações não-governamentais substituem o Estado na promoção dos direitos das pessoas idosas, para outros estas apenas cooperam com o Estado. São as instituições que gerem serviços como por exemplo, apoio domiciliário, centros de dia, centros de noite ou estruturas residenciais. Estes serviços, são muito relevantes na resposta aos problemas das populações idosas (Capucha, 2012).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social, disponibilizam meios técnicos e humanos que promovem o acesso, a todos os cuidados que as pessoas idosas necessitam. O Estado apoia estas instituições a nível financeiro, no entanto este apoio não é suficiente e o restante financiamento é assegurado pelas pessoas idosas e pelos seus familiares (Pereira, 2012).

As instituições privadas com fins lucrativos são em menor número, o que está muito relacionado com o facto da maior parte população idosa portuguesa ter baixos rendimentos. Um outro motivo para a pouca expressão deste tipo de instituições, é o facto de ter sido imposta uma política de qualidade dos serviços prestados que levou ao encerramento de bastantes entidades. Nos últimos anos, têm surgido serviços de apoio domiciliário privados, pois há um incentivo à manutenção das pessoas idosas na sua comunidade (Pereira, 2012).

Segundo a Carta Social (2022) a ERPI é a resposta social que tem uma maior taxa de cobertura a média a nível de Portugal continental, tendo-se fixado em 8,8%. Entre 2020 e 2022 as respostas sociais para pessoas idosas que tiveram um maior crescimento foi o SAD e a ERPI. Em 2022 existiam 7 349 respostas sociais com ERPI, SAD e CD, estas possuíam capacidade para 280 223 pessoas idosas. Verifica-se também que a maior parte dos equipamentos sociais, 83,16% pertence a entidades não lucrativas. As entidades não lucrativas estão situadas mais na região norte enquanto que as lucrativas estão mais na zona metropolitana de Lisboa.

Em Portugal, a Segurança Social reconhece oficialmente oito respostas sociais para as pessoas idosas que são: centros de convívio, centros de dia, estruturas residenciais para pessoas idosas, residências, serviços de apoio domiciliário, acolhimento familiar de idosos, centros de acolhimento temporário de emergência para idosos. Nos centros de convívio são desenvolvidas atividades socio-recreativas e culturais, A resposta social de Centro de Dia, presta um conjunto de serviços que permitem que a pessoa idosa se mantenha no seu meio familiar. As estruturas residenciais, desenvolvem atividades que incluem: alojamento, alimentação, higiene, cuidados de saúde, conforto e outros serviços. As residências, são conjuntos de apartamentos com espaços comuns, para pessoas idosas com autonomia total ou parcial. O serviço de apoio domiciliário, proporciona a prestação de cuidados individualizados nos domicílios das pessoas idosas, satisfazendo as suas necessidades básicas e promovendo o seu bem-estar. O acolhimento familiar é uma resposta social em que as pessoas idosas são integradas em famílias idóneas, este acolhimento pode ser temporário ou definitivo. Os centros de acolhimento temporário de emergência para idosos, são desenvolvidos normalmente a partir de uma estrutura que já existe e acolhem pessoas idosas em situações de emergência, até ser encontrada uma resposta social adequada. Os centros de noite são para pessoas idosas autónomas, que devido a isolamento necessitam acompanhamento apenas durante a noite (Jacob, 2017).

Na área das respostas sociais para pessoas idosas, podemos também incluir os cuidados integrados e a universidade da terceira idade. Os cuidados continuados integrados, são constituídos por equipas multidisciplinares com intervenções a nível da saúde e do apoio social. Esta resposta social, tem como objetivo promover a autonomia através da reabilitação, da readaptação e da reinserção familiar e social. A prestação deste tipo de cuidados é assegurada por: unidades de internamento e de ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias. As universidades de terceira idade são uma resposta socioeducativa, dinamizam atividades culturais, educacionais e de convívio.(Jacob, 2017).

Tal como referimos anteriormente, em Portugal, as instituições não lucrativas têm um papel muito relevante nos cuidados às pessoas idosas. Estas instituições estão entre o Estado e o mercado, são organizações de política social, contudo são autónomas. São transversais a toda a sociedade e são consideradas reguladoras perante as crises de desenvolvimento capitalista. As instituições procuram promover o bem-estar dos indivíduos, no entanto para que isto aconteça estes têm que obedecer a um conjunto de regras muitas vezes de uma forma passiva (Faleiros, 1997). Relativamente à produção de bem-estar, podemos referir que esta se divide em três setores: o público, o privado lucrativo e o terceiro setor. Há ainda mais um setor com características informais que é a família (Hespanha et al, 2000).

Para analisarmos as instituições não lucrativas de uma forma mais exaustiva, é necessário observarmos as perspetivas que permitem fazer essa análise, assim como as suas características, os tipos de organizações, os fatores que fazem com que estas instituições assumam bastante relevância, a sua finalidade e outras características também relevantes. Segundo Manuel Canaveia Campos (2004) há três perspetivas que permitem a análise das instituições que pertencem ao terceiro setor: a constituição das organizações, o governo interno e a missão assumida. Cada perspetiva divide-se em princípios identitários.

Quanto há constituição das organizações a esta possui dois princípios identitário. O primeiro relaciona-se com o facto destas instituições, serem uma iniciativa da sociedade civil com o objetivo de solucionar alguns problemas. O segundo princípio identitário, enuncia o valor que estas organizações atribuem às pessoas em detrimento do capital. A perspetiva do governo interno também possui dois princípios. O primeiro princípio refere que estas organizações são autónomas, a nível a constituição, da gestão e da forma de governação. O segundo princípio é a democracia, esta é essencial neste tipo de organização, pois os seus membros participam ativamente, não só na sua atividade como também no seu governo. A perspetiva da missão assumida, possui três princípios identitários. O primeiro princípio identitário, refere que este

tipo de organizações, produzem bens e serviços, que possuem um valor social. O segundo princípio, está relacionado com o facto da promoção da cidadania ser muito importante nestas organizações. O terceiro princípio, refere que estas são instituições que desenvolvem atividades que beneficiam a comunidade aonde estão inseridas.

Segundo Nunes, Reto, Carneiro (2001) as organizações do terceiro setor têm as seguintes características:

- São baseadas numa estrutura que não é governamental tendo assim uma gestão autónoma;
- Os seus lucros não são distribuídos;
- São geridas de uma forma democrática ;
- Utilizam um modelo organizacional semelhante ao de outros setores empresariais;
- Valorizam a qualidade do serviço prestado;
- Os seus bens não podem ser divididos pelos seus membros;
- Têm formas organizacionais diversas;
- Têm como objetivo fomentar o equilíbrio social.

Em Portugal o terceiro setor é constituído por três tipos de organizações:

- As Organizações Católicas que foram criadas devido à tradição caritativa da religião católica;
- As Organizações constituídas tendo em conta necessidades e interesses comuns como por exemplo associações de moradores e associações de pais;
- As Instituições Particulares de Solidariedade Social que é o grupo mais representativo (Joaquim, 2008).

Segundo Joaquim (2008) em Portugal a importância que é atribuída ao terceiro setor está relacionada com três fatores:

- A crise do modelo de bem-estar veiculado pelo Estado Providência;
- Surgimento de novos problemas sociais e novas necessidades que não são colmatados pelo Estado nem pelo mercado devido a opções políticas ou à falta de capacidade financeira;
- O facto de ser cada vez mais necessário assegurar serviços que anteriormente eram prestados pela família, pelos amigos e pelos vizinhos, como por exemplo os cuidados às pessoas idosas .

As organizações não lucrativas, têm como finalidade não retirar lucros das atividades exercidas. Não têm em conta os padrões de racionalidade do mercado, pois estes podem estar relacionados com a satisfação das necessidades básicas, com a produção de bens públicos, com as trocas diretas baseadas na reciprocidade. Estas instituições, produzem bens que não podem

ser produzidos por entidades lucrativas. Neste setor incluem-se as atividades realizadas por entidades públicas e por organizações privadas (Hespanha et al, 2000).

As organizações não-governamentais são autônomas em relação ao Estado, embora as atividades que desempenham se situem no âmbito da produção de bens públicos. O aparecimento destas organizações, está relacionado com os problemas que surgiram nas sociedades industriais modernas, com a origem de novos movimentos e com a crise do Estado Providência. A designação de organizações não-governamentais é muito abrangente, pois contém várias formas organizativas que possuem várias finalidades. Uma são mais relacionadas com a expressividade dos movimentos sociais, enquanto outras são mais direcionadas para a produção de serviços sociais ou de interesse público (Hespanha et al, 2000).

A nível administrativo, as diversas iniciativas tendem a ser normalizadoras tendo em conta um modelo associativo ou fundacional. A distinção entre os dois modelos está associada à natureza das relações que podem ser pessoais ou patrimoniais. As associações de solidariedade social têm objetivos que não se restringem ao âmbito da segurança social, principalmente a nível da educação, da saúde e da habitação social (Hespanha et al, 2000).

Tal como foi referido anteriormente, em Portugal as Instituições Particulares de Solidariedade Social são as organizações não lucrativas que têm uma maior representatividade, logo torna-se pertinente descrevê-las de uma forma mais pormenorizada.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social são bastante diversificadas, principalmente a nível da sua origem, das formas institucionais, da dimensão, da distribuição geográfica, da natureza, e do âmbito de intervenção. São designadas Instituições Particulares de Solidariedade Social, pois o Estado reconhece o seu contributo para por em prática alguns objetivos da Segurança Social. O Estado através desta definição, garante o acesso destas instituições a fundos públicos em condições específicas estipuladas pelos acordos de cooperação (Hespanha et al, 2000).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social podem ser: organizações de voluntariado, organizações não lucrativas e organizações não-governamentais. As organizações de voluntariado são constituídas por pessoas que têm como interesse comum concretizar alguns objetivos relacionados com a ajuda sem obterem benefícios económicos. Estas ações podem ser motivadas por vários fatores, mas muitas vezes têm uma natureza religiosa, cívica ou política. A contribuição de cada um é organizada tendo em conta a sua disponibilidade. Estas instituições têm tendência para a profissionalização do serviço social, à concorrência de outras instituições que promovem serviços sociais, à regulação feita pelo Estado Providência, ao aumento da

importância da cidadania e ao aumento da qualidade destes serviços (Hespanha et al, 2000).

Em Portugal a maior parte das IPSS encontram-se dispersas pelo território nacional. A nível das áreas de intervenção as que são mais recentes têm uma cobertura ainda bastante limitada, enquanto que as mais tradicionais são mais representativas. Este fenómeno pode ser explicado pela política do Estado que está mais preocupada com a criação de infraestruturas que estão mais relacionadas com a oferta tradicional (Joaquim, 2008).

Segundo Hoven (2002) há outros fatores que explicam uma maior cobertura nacional a nível das áreas de intervenção mais tradicionais, que estão relacionadas com os modelos de gestão das IPSS. Há uma grande estabilidade a nível das direções e muitos dos presidentes perpetuam o seu cargo ao longo de vários anos, o que faz com que estas tenham uma marca muito personalizada. As equipas de profissionais têm uma intervenção pouco relevante a nível da definição de estratégias. Por um outro lado, as pessoas idosas não são valorizadas nos processos de tomada de decisão.

As primeiras instituições que surgiram em Portugal foram as Misericórdias, que estavam muito associadas à religião e apoiavam os mais pobres promovendo a moral e o dever de trabalho. Ao longo do tempo as instituições tornaram-se laicas e continuaram a apoiar os mais pobres.

Só a partir dos anos 60 é que surgiram equipamentos direcionados para as pessoas idosas como é o caso dos Centros de Dia. Os Serviços de Apoio Domiciliário surgiram nos anos 80 e posteriormente foram surgindo outros serviços direcionados para a população idosa. Verificou-se assim que a sociedade em conjunto com o Estado se tem vindo a organizar para encontrar respostas cada vez mais adequadas as pessoas idosas.

Atualmente o apoio às pessoas idosas é realizado essencialmente por instituições que podem ser lucrativas ou não lucrativas. Estas instituições desenvolvem vários tipos de respostas sociais, que pretendem colmatar as necessidades específicas desta faixa etária.

2- As relações de poder nas instituições

Quando nos referimos ao funcionamento das instituições de apoio às pessoas idosas estamos também a falar em dinâmicas de poder que são essenciais para o funcionamento destas estruturas, porém podem ser bastante diversificadas.

As instituições podem ter um perfil convencional ou um perfil convencionado. É considerado um perfil convencional, quando as instituições possuem um modelo de funcionamento tradicional. São prestados serviços aonde os direitos e deveres são enunciados numa relação

contratual, estabelecida entre as instituições e a segurança social. O quotidiano das instituições está definido pelas normas dos regulamentos internos e pela dinâmica institucional promovida pelas direções técnicas. Quando há um perfil convencionado, as instituições estabelecem com as pessoas idosas os seus deveres para com a instituição, identificam os seus interesses para assim poderem promover atividades mais satisfatórias a nível coletivo e individual. Desenvolvem a participação a nível da gestão de rotinas, da interação grupal e na tomada de decisões. Estimulam também o desenvolvimento de relações de proximidade com a comunidade (Mouro, 2013).

Uma estrutura residencial tem como função dar resposta às necessidades humanas e sociais de pessoas idosas, porém por vezes estas instituições em vez de terem práticas que potenciam o empowerment são instituições totalitárias (Guedes, 2012). Torna-se importante explorar melhor o conceito de instituição totalitária.

Goffman (1961), caracteriza as instituições totais, como sendo locais de trabalho e de residência de pessoas com situações de vida idênticas. São estruturas aonde decorre um tipo de atividade, que permite ao indivíduo manter o ser status social ou apenas passar o tempo. Há uma tendência para o "fechamento", no entanto algumas são mais "fechadas" do que outras. Este "fechamento" pode ser bastante visível quando há proibições de saída, paredes altas, portões fechados e arames farpados.

Segundo Goffman, este tipo de instituições podem ser o local de residência ou de trabalho aonde alguns indivíduos, têm uma vida muito fechada e separada da sociedade. As instituições totalitárias, são tendencialmente fechadas de uma forma simbólica através de muros, arames farpados e outros tipos de barreiras. Estas instituições têm um perfil genético semelhante em que cada característica tem uma intensidade diferente. Estas características têm a ver com facto de a vida quotidiana se realizar num local comum sob a mesma autoridade e sujeita à observação de um grupo grande de pessoas. As pessoas fazem as mesmas coisas e em conjunto, há um conjunto de regras bastante explícitas, com horários rígidos em que todas as pessoas realizam as mesmas atividades (Guedes, 2012). Nas instituições totalitárias há dois grupos com visões muito estereotipadas. Os colaboradores, têm uma tendência para se sentirem superiores e vêem as pessoas idosas como sendo não merecedores de confiança e os dirigentes como sendo mesquinhos. As pessoas idosas têm tendência para se sentirem inferiores e culpabilizados. O processo comunicativo é bastante limitado, pois há muito pouca transmissão de informação entre os dirigentes e as pessoas idosas e os dirigentes. O tempo e as necessidades das pessoas idosas são geridos pela equipa dirigente o que pode levar a uma despersonalização do "eu" (Guedes, 2012).

As instituições totais podem dividir-se em cinco grupos:

- Para cuidar de pessoas incapacitadas, inofensivas, jovens e velhos;
- Pessoas incapazes que podem constituir uma ameaça para a comunidade de uma forma não intencional, por exemplo, tuberculosos, leprosos e doentes mentais;
- Pessoas perigosas intencionalmente;
- Para a realização de um determinado tipo de trabalho, por exemplo construção de navios, escolas entre outros;
- Para as pessoas se afastarem do mundo, por exemplo mosteiros.

Nas instituições totais, há uma ruptura das barreiras que separam as diferentes esferas da vida, por exemplo, comer, dormir e trabalhar. Estas atividades são todas realizadas no mesmo local, com horários definidos as pessoas fazem todas as mesmas tarefas e são tratadas da mesma forma. São atividades obrigatórias, para responderem aos objetivos das instituições. Há um controle das necessidades das pessoas, devido a uma forma de organização burocrática. As pessoas podem ser supervisionadas por alguém cuja atividade é a vigilância. Há um grupo de pessoas que controlam e outro de pessoas que são controladas. Há uma relação de poder em que os dirigentes se sentem superiores e que veem os internados como sendo amargos, reservados e não confiáveis. Os internados veem os dirigentes como mesquinhos e arbitrários (Goffman, 1961).

Sendo as estruturas residenciais para pessoas idosas o local aonde as pessoas idosas habitam, torna-se necessário abordar questões relacionadas com o confinamento.

Para Foucault, as instituições não são apenas espaços de exercício de poder, são também espaços que têm uma tecnologia de poder que ultrapassa as barreiras físicas e as práticas de confinamento. Foucault estudou as transformações dos mecanismos de exclusão social e as práticas das instituições. O autor retrata ao longo de sua obra a história das práticas de confinamento, aborda as implicações dentro das instituições e também os efeitos práticos deste tipo de exclusão para a sociedade. Importa salientar que Foucault ao analisar a instituição acaba por a descentrar, ou seja refere que não se pode caracterizar uma instituição tendo apenas em conta o seu interior. O autor menciona mais concretamente aos Hospitais psiquiátricos, às prisões e aos asilos, referindo que as tecnologias de poder, não estão limitadas ao seu interior e é necessária uma análise global das relações de poder, tendo em conta todas as redes que se estendem para além da instituição. É importante observar as práticas de internamento, de segregação e de punição a partir de fora das instituições (Lemos, Junior & Alvarez, 2013). Por vezes as questões do confinamento nestas instituições estão ligadas a questões bastante práticas, como por exemplo a pessoa idosa não sair das instalações da instituição mesmo com capacidade

física e psicológica, ou então pessoas que não têm capacidades físicas para sair sozinhas e não têm ninguém que as apoie neste sentido.

Ao falarmos de poder temos também que referir o poder a nível macro que é o poder do Estado uma vez que este acaba por ter repercussões na vida das instituições.

O exercício de poder, articula-se com o Estado de várias formas. As mudanças a nível político vão ter implicações no exercício do poder, este tipo de poder está a um nível macro. O micro poder ou o sub poder, está presente na sociedade a nível da vida quotidiana (Foucault, 2010).

A microfísica do poder, pode ser o deslocamento do espaço de análise ou o nível a que esta se realiza. Analisa o poder tendo em conta as suas formas e utiliza técnicas bastante detalhadas, como por exemplo gestos e atitudes entre outros. O poder é exercido a vários níveis na rede social e pode estar ou não relacionado com o Estado. A periferia é autónoma em relação ao centro, logo as transformações do poder a nível micro nem sempre estão ligadas às alterações ocorridas no âmbito do Estado. O Estado é um instrumento de poder incluído num sistema mais vasto que o ultrapassa (Foucault, 2010).

Há um nível molecular de exercício de poder que não tem que partir do macro para o micro, do centro para a periferia. Há uma análise do poder descendente porque se inicia no Estado e se prolonga até aos escalões mais baixos. A análise ascendente, refere-se ao estudo do poder como algo que existe, sem que o Estado tenha que ser o seu ponto de partida obrigatório e tem formas específicas elementares (Foucault, 2010).

Um instrumento de poder que pode estar muito presente na vida das instituições é a disciplina, uma vez que esta se relaciona com a organização da vida das pessoas idosas a residir nestas entidades.

A disciplina é um instrumento de poder que organiza o espaço dos indivíduos inseridos ambiente fechado, em que têm que obedecer a uma hierarquia, as relações de poder disciplinar nem sempre ocorrem num espaço fechado. Na disciplina há também um controle temporal, com o objetivo de se produzir mais num menor tempo e com mais qualidade. A vigilância é um dos maiores instrumentos de controle e precisa de ser encarada pelos indivíduos como permanente em todos os espaços. A disciplina é um poder em que é necessário um registo de conhecimento e que leva a produção de saber (Foucault, 2010).

A disciplina é um tipo de poder, ou seja, uma tecnologia disciplina bloco ou disciplina mecanismo. A primeira está presente nas instituições fechadas, com funções negativas, com o objetivo de acabar com as comunicações para o exterior. A segunda é mais funcional, o exercício de poder é mais livre, mais eficaz, o que facilita a posterior adaptação à vida em

sociedade. Para o autor, na instituição asilar o modelo utilizado é o da disciplina mecanismo (Lemos, Junior & Alvarez, 2013).

Para Foucault (2018) os dispositivos de poder são extremamente detalhados, assim os indivíduos são corrigidos através duma mecânica de poder. O autor evidencia algumas técnicas que permitem a efetivação do poder disciplinar⁷.

O poder não é um objeto, mas sim uma relação que não pode ser apenas percebida como sendo negativa, originando a exclusão e a repressão. O poder pode também potencializar produtividade maior e mais eficaz. O poder tem como objetivo controlar as ações dos sujeitos para aproveitar as suas potencialidades procurando desenvolver as suas capacidades (Foucault, 2010).

As instituições totais são extremamente controladoras e impõe relações de poder pouco saudáveis. O poder pode ser apenas encarado como uma forma de repressão, no entanto verificamos que é muito mais do que isso. Nas instituições permite organizar os indivíduos de forma a que estas possam responder melhor às necessidades de cada um. Importa perceber até que ponto as relações de poder condicionam a vida das pessoas residentes em instituições.

3-Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, conceito princípios e valores

Tendo em conta que este estudo faz referência aos direitos humanos de pessoas idosas residentes em instituições, torna-se pertinente referir questões relacionadas com os objetivos e com o quotidiano das mesmas.

Os asilos surgiram para acolher pessoas idosas, que já não tinham autonomia ou que estavam em risco de a perder. A maior parte dos asilos pertenciam à igreja e a partir dos anos 60 verificou-se uma tentativa da sociedade civil para melhorar as condições destas instituições. Inicialmente os asilos independentemente de terem boas ou más condições eram vistos como sendo a última morada dos residentes (Jacob, 2017).

A logo dos últimos anos, as estruturas residenciais para pessoas idosas têm evoluído muito favoravelmente, porém ainda se encontram pouco sensibilizadas para a adotarem modelos de intervenção que possuam um projeto institucional dinâmico e que respeite projetos individuais das pessoas residentes. O projeto institucional deve ser discutido por todos os interessados, deve incluir os residentes, deve ter como objetivo a promoção da qualidade de vida tanto das pessoas idosas como dos colaboradores (Instituto da Segurança Social, 2005).

⁷ Apêndice A

Segundo Jacob (2017) os objetivos das estruturas residenciais são:

- Garantir alimentação e uma vida confortável num ambiente calmo e humanizado;
- Prestar serviços permanentes e adequados a cada pessoa idosa;
- Assegurar as necessidades básicas;
- Participar na estabilização e retardamento do processo de envelhecimento;
- Incentivar as relações familiares.

Antes da entrada para a instituição é necessário analisar se a resposta de estrutura residencial é a mais adequada, pois muitas vezes as instituições têm centros de dia e também serviços de apoio domiciliário, que podem ser mais adequados para algumas situações. A decisão de entrar numa estrutura residencial, implica sempre grandes mudanças e só pode ser tomada pela pessoa idosa ou pelo seu representante legal. Tem que haver um consentimento livre e informado do residente, que tem que ser dado por escrito através do contrato de prestação de serviços (Instituto da Segurança Social, 2005).

Tendo em conta que a entrada numa estrutura residencial representa uma grande mudança nas rotinas da pessoa idosa há alguns cuidados que devem ser tidos em conta antes e durante o acolhimento desta mesma pessoa.

Antes de se acolher uma pessoa idosa numa estrutura residencial é sempre necessário que o técnico realize uma entrevista com a pessoa idosa ou seu representante legal o para esclarecer sobre os seguintes assuntos:

- O regulamento interno;
- O preço da mensalidade e os serviços que são pagos à parte;
- Quotidiano da instituição, incluindo horários, atividades e normas de funcionamento;
- O quadro de colaboradores e suas funções;
- A possibilidade ou não de trazer objetos pessoais e animais de estimação;
- As regras em relação às visitas;
- Como deve proceder quando quiser fazer deslocações;
- Os critérios para a seleção dos candidatos;
- A existência de uma lista de espera e previsão de entrada;
- A possibilidade da existência de um período experimental, caso este exista, e após este período podem optar por continuar ou não na instituição;
- A existência de alvará;
- Acompanhamento a nível de saúde;
- A existência de participações estatais;
- Outras informações que a instituição considere relevante (Instituto da Segurança Social, 2005);

A pessoa idosa deve poder expressar as suas vontades como por exemplo crenças religiosas e interesses culturais entre outros. É também necessário que a pessoa idosa visite as instalações e que possa conhecer os residentes (Instituto da Segurança Social, 2005).

O contrato de prestação de serviços deve ser celebrado com a pessoa idosa aquando da sua entrada na instituição e tem que descrever os direitos e os deveres de cada uma das partes. Este documento deve ter também o valor da mensalidade e os serviços que estão incluídos (Instituto da Segurança Social, 2005).

No processo de acolhimento de uma pessoa idosa numa estrutura residencial, há sempre que ter em conta o forte impacto emocional, que a entrada na instituição tem para a essa pessoa e também para a sua família, pois implica muitas modificações no ambiente de vida. É necessário que os técnicos estejam atentos a alguns riscos que podem surgir nomeadamente: nível da perda de identidade, perda de vínculos afetivos, de desenraizamento, do receio de mudança, dificuldade de integração e receio de que está a ser punido (Instituto da Segurança Social, 2005).

A institucionalização é sempre um momento complicado, que implica um sentimento de perda que é variável em função do sujeito. A pessoa idosa institucionalizada, encara com uma certa nostalgia a perda da vida ativa. Este processo implica a entrada num ambiente coletivo em que há uma tendência para a perda da individualidade (Cardão, 2009).

Segundo Pereira (2017) há vários fatores que podem facilitar a integração das pessoas idosas numa estrutura residencial que são:

- A pessoa idosa fazer algumas visitas à instituição antes da entrada na mesma;
- Os familiares acompanharem a pessoa idosa no dia da admissão, e visita-lo com muita frequência principalmente nos primeiros tempos;
- A instituição deve facilitar a participação da família na vida da pessoa idosas através da flexibilidade dos horários de visita, de convites à participação em atividades e da disponibilização de toda a informação sobre a pessoa idosa.
- As normas de funcionamento da instituição não devem limitar demasiadamente a liberdade e a individualidade das pessoas idosas.
- As relações de amizade e cumplicidade entre os residentes devem ser vistas como normais.
- É importante que os cuidadores conversem com as pessoas idosas sobre assuntos do seu interesse mesmo que seja um discurso repetitivo;
- É necessário promover a humanização dos cuidados explicando termos técnicos de uma forma simples;
- Não pode haver ações discriminatórias ou estigmatizantes;

- Os cuidadores devem-se adaptar à percepção que as pessoas idosas têm do tempo e do espaço;
- Devem ser criadas dinâmicas entre as pessoas idosas as famílias e colaboradores da instituição que sejam promotoras de se sentido de pertença;
- Promoção de atividades espirituais e religiosas de forma a garantir a pluralidade e diversidade das opções de cada um;

A institucionalização pode ser encarada como um ganho, na medida em que oferece cuidados e acompanhamento para as pessoas idosas, que são dependentes ou que receiam tornar-se dependentes. O ambiente institucional, deve oferecer segurança e deve ter a capacidade de se adaptar às condições emocionais da pessoa idosa. A instituição acaba por substituir a família a nível dos cuidados prestados à pessoa idosa (Cardão, 2009).

Sendo a família muito importante na vida de qualquer pessoa, torna-se relevante entender qual é o seu papel na institucionalização das pessoas idosas.

A família é essencial em todas as etapas da vida e nesta fase a presença da família quando desejada contribui para o bem-estar da pessoa idosa. As instituições devem criar condições para que as famílias tenham acesso o mais livre possível às mesmas. Podendo haver alguma perturbação do quotidiano, que pode ser suprida com apoio nas atividades e nos cuidados. É importante que os colaboradores das instituições mantenham um diálogo aberto com o residente e com a família, relativamente aos horários de visita, para que estes não se sintam constrangidos e indesejados (Instituto da Segurança Social, 2005). No dia a dia de uma instituição há questões que necessitam de ser trabalhadas com a pessoa idosa, como o seu projeto de vida, a adaptação aos horários, as questões alimentares e as questões de higiene.

As pessoas idosas devem ter um projeto de vida, para se sentirem úteis e para definirem objetivos para o futuro. Os residentes devem ser incentivados a participar no quotidiano das instituições, pois assim exercitam a sua capacidade de raciocínio e mantêm as relações afetivas. Para elaborar o projeto de vida dos residentes é necessário conhecer o meio em que a pessoa idosa vivia, as atividades que realizava, a relação com os seus familiares e amigos, os seus gostos e as suas angústias entre outros aspetos que podem ser considerados importantes. Este projeto deve salientar os pontos fortes da pessoa idosa descrevendo por exemplo as atividades que realiza com maior eficácia. Este projeto deve ser reavaliado e alterado quando necessário (Instituto da Segurança Social, 2005).

Os horários de uma estrutura residencial, são muito importantes para o seu funcionamento e organização, porém deve ter uma certa flexibilidade que permita a escolha individual pessoa idosa. É inadmissível levantar-se uma pessoa idosa de madrugada por causa do banho ou da

limpeza do quarto, a falta de colaboradores não justifica tal facto. Relativamente ao horário das refeições, este deve ser permitir a satisfação dos hábitos e necessidades das pessoas residentes. É necessário encontrar um equilíbrio entre as necessidades do residente e as necessidades funcionais da estrutura residencial (Instituto da Segurança Social, 2005).

A nível da alimentação os gostos dos utentes devem ser respeitados, embora nem sempre seja possível. O momento da refeição deve permitir a interação das pessoas idosas e também com os colaboradores. No caso dos residentes que não se conseguem alimentar sozinhos, é necessário que os colaboradores os alimentem com uma velocidade adequada. Este momento deve ser agradável para os residentes que devem ser tratados como adultos e que jamais se devem sentir diminuídos na sua dignidade (Instituto da Segurança Social, 2005).

A falta de higiene é um problema que prejudica a saúde, a interação social e a autoestima. É responsabilidade dos colaboradores apoiar as pessoas idosas a nível da higiene, permitindo que quando capazes as pessoas idosas a realizem sozinhas, pois assim será promovida a sua autonomia. Tem que haver sempre delicadeza e respeito pela intimidade de cada pessoa idosa. Os utensílios de higiene devem ser exclusivos de cada residente. Durante a higiene quando detetada qualquer anomalia como por exemplo: dor, edema, e vermelhidão, esta deve ser comunicada os serviços de saúde: Os residentes devem ter acesso a serviços de cabeleireiro e de barbeiro que podem ser disponibilizados pela estrutura residencial ou pela comunidade (Instituto da Segurança Social, 2005).

Nesta faixa etária há muitas pessoas que sofrem de demência têm perturbações a nível da memória, do raciocínio, da personalidade, do comportamento, e de outras funções mentais. É muito complicado trabalhar com quem sofre de demência, a comunicação torna-se difícil e por vezes estas pessoas também se tornam agressivas. Os colaboradores têm que ser pacientes a comunicação deve ser simples e clara sem nunca os infantilizar (Instituto da Segurança Social, 2005).

A nível da qualidade dos serviços prestados, podemos considerar que os standards são dados objetivos através dos quais se pode definir a qualidade de cada serviço e podem ser de três tipos: estrutura, processos e resultados. Relativamente à estrutura, esta está relacionada com o número de recursos humanos afetos a cada serviço. Os processos são os procedimentos adotados ou não pelas instituições, como por exemplo a avaliação das pessoas idosas a nível multidimensional. Os resultados obtidos são normalmente a nível da saúde e qualidade de vida (Ignacio & Brandão, 2012).

Para avaliar a qualidade dos serviços é necessário adotar alguns procedimentos, construindo sistemas que comuniquem às entidades avaliadoras, os standards das instituições, a qualidade

pode também ser avaliada através de auditorias externas que são realizadas por entidades especializadas. É importante apostar na formação dos trabalhadores, pois assim poderemos ter pessoas especializadas e competentes o que influenciará a qualidade dos serviços. A qualidade pode ser melhorada através da implementação de sistemas de controlo de qualidade. Em Portugal a Segurança Social tem a função supervisora e o sistema de qualidade ISOI 9001 foi a base para a criação dos Manuais de Qualidade da Segurança Social (Ignacio & Brandão, 2012).

A Portaria n.º 269/2023 de 28 de agosto, veio definir as condições para a criação e funcionamento de uma nova resposta social que é habitação colaborativa. Estas habitações pretendem podem ser temporárias ou permanentes são muito próximas, independentes e com alguns espaços comuns têm como objetivo promover a vivência em comunidade (Diário da República, 2023).

Numa fase inicial os asilos acolhiam apenas pessoas idosas que não tinham autonomia. Com o passar dos anos os asilos transformaram-se em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, começaram a acolher também pessoas mais independentes e deixaram de ser apenas a última morada para serem promotores da qualidade de vida destas pessoas. Tem-se investido muito na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas instituições.

Quando uma pessoa idosa entra para uma instituição é sempre necessário ter em conta que há sempre um grande impacto emocional. Há vários tipos de procedimentos que facilitam a integração de uma pessoa idosa numa instituição e os profissionais devem estar sensibilizados e informados para os poderem utilizar. A instituição deve permitir o contacto com a restante comunidade e incentivar a participação da família na vida do idoso.

4- Análise das respostas sociais para pessoas idosas no quadro das políticas públicas.

Tal como já foi referido anteriormente, em Portugal há um conjunto de respostas sociais destinadas às pessoas idosas, neste estudo foi dada particular importância às estruturas residenciais para pessoas idosas. Estas entidades são subsidiadas e regulamentadas pelo Estado.

Quando se fala em Instituições Particulares de Solidariedade Social, torna-se relevante abordar o "Estatuto das Instituições Privadas de Solidariedade Social" que regula a relação ente o Estado e este tipo de instituições.

O "Estatuto das Instituições Privadas de Solidariedade Social" foi instituído pelo Decreto Lei 519-G2/79. Este Decreto-lei teve como objetivo enquadrar as Instituições Particulares de

Solidariedade Social. Definiu que as IPSS, podem seguir as seguintes formas: associação de solidariedade social, misericórdias, associações de voluntários, fundações de solidariedade social, associações de socorros mútuos, cooperativas de solidariedade social, uniões e federações. Foi também instituído nesse mesmo ano o DL 513- L/79, que apresentava um esquema mínimo de proteção social, que abrangia todos os cidadãos nacionais (Hespanha et al, 2000).

O "Estatuto das Instituições Privadas de Solidariedade Social", inicialmente aplicou-se a todas as instituições que tinham como objetivo facultar serviços ou prestações de Segurança Social. Este estatuto definiu que as IPSS ficariam incluídas num novo regime. Após o seu registo estas instituições passaram a adquirir a natureza jurídica de "pessoas coletivas de utilidade pública" (Hespanha et al, 2000).

O "Estatuto das Instituições Privadas de Solidariedade Social" foi revisto em 1983 pelo DL 119/, que veio alargar o campo de ação destas instituições, principalmente a nível da promoção e proteção da saúde, da educação e formação profissional e dos problemas habitacionais. O Estatuto das IPSS de 1983, não alterou o tipo de instituições com acesso regime especial de isenções, exceto as cooperativas que foram excluídas deste regime. O estatuto das IPSS, tendo em conta a forma jurídica, definiu seis tipos de instituições: associações de solidariedade social, fundações de solidariedade social, centros paroquiais, organizações religiosas, irmandades da misericórdia e uniões ou federações (Hespanha et al, 2000).

Os acordos de cooperação, tornaram-se obrigatórios desde o estatuto de 1979 e que financiam uma parte das despesas das instituições. As instituições da sociedade civil, acabam por se tornar parceiras do Estado, a nível da concretização das políticas sociais. As Instituições Particulares de Solidariedade Social, têm uma relação indissociável com o Estado, através dos acordos de cooperação podem ser típicos ou atípicos. Os típicos contratualizam respostas sociais que seguem um modelo-tipo. Os acordos atípicos visam dar uma resposta a situações novas, que não se podem enquadrar nos acordos típicos. Estes acordos são usados esporadicamente em situações temporárias por serem mais rápidos, porém necessitam de uma maior intervenção por parte da Segurança Social. As participações financeiras do Estado, subsidiam as despesas correntes das respostas sociais existentes nas IPSS. Os montantes são fixados anualmente através de protocolos realizados entre o ministro da tutela e os representantes das uniões (Hespanha et al, 2000).

O Estado assumiu como prioridade política, o reforço das iniciativas privadas para não ter que realizar uma provisão direta dos serviços assistenciais. Criou condições legais para garantir a propriedade privada, a liberdade de atuação, as participações a nível financeiro, o

funcionamento dos equipamentos mantendo a sua autonomia (Hespanha et al, 2000).

O compromisso de cooperação para o setor solidário para o biénio 2015-2016 teve como objetivo de reforçar a visão da parceria público-privada e promoveu o aparecimento de novas respostas sociais. Reforçou a ideia de que o Estado coopera com as instituições, confiando no trabalho de proximidade por elas desenvolvido. Este compromisso tem como função aprofundar e concretizar a lei de bases do regime jurídico da economia social que foi reconhecido pela lei nº 30/2013 de 8 de Maio. (Governo de Portugal, 2015).

Ao longo dos últimos anos, o número de IPSS, têm vindo a crescer e a assumir uma importância social e económica nas comunidades aonde se inserem. Hoje em dia, as IPSS são instituições com capacidade de adaptação e de inovação e são agentes dinamizadores da economia social. Verificou-se assim, uma necessidade de alterar o estatuto do Estado que era tutor e passou a ser parceiro. O Estado, passou a estimular e a apoiar as atividades desenvolvidas pelas IPSS e o surgimento de novas respostas sociais. Tornou-se fundamental que o setor solidário tivesse a sua própria identidade. Assim surgiu um reconhecimento legal, que levou à criação da Lei de Bases da Economia Social. Esta lei, veio atribuir capacidades formais às entidades da economia social e instrumentos para desenvolverem outras iniciativas para além das áreas tradicionais de atuação (Governo de Portugal, 2015).

O decreto-lei nº 172-A/2014 de 14 de Novembro de 2014 surgiu ao abrigo e desenvolvimento da Lei de Bases da Economia Social e veio alterar o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (Governo de Portugal, 2015).

Principais alterações introduzidas pelo novo estatuto das IPSS:

- Reformulação a nível da definição das instituições particulares de solidariedade social tendo em conta os princípios definidos na Lei nº 30/2013 de 8 de Maio;
- Separação entre os fins principais e instrumentais das instituições;
- Definição de normas que possibilitam um maior controle dos titulares os órgãos de fiscalização e administração;
- Limitação dos mandatos dos presidentes das instituições;
- Regras mais claras para a manutenção da autonomia financeira e orçamental e também do equilíbrio técnico e financeiro (Governo de Portugal, 2015).

Observa-se, que o Estado tem tomado algumas medidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas residentes em instituições. A nível de políticas públicas para pessoas idosas residentes em instituições, podemos destacar a Portaria n.º 349/2023 de 13 de Novembro e a Portaria n.º 322-B/2024/1, de 10 de dezembro.

A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, veio definir as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. A Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro, veio retificar a Portaria 67/2012, de 21 de março e faz referência a critérios para a promoção do envelhecimento ativo e consequentemente saudável. Nesse sentido, criou um conjunto de regras para que sejam prestados cuidados mais personalizados. Esta legislação, define que as estruturas residenciais, têm que proporcionar cuidados mais adequados às condições biopsicossociais de casa pessoa idosa, prestado cuidados humanizados e que promovam um envelhecimento ativo. Evidencia também, que as instituições têm o dever de criar condições para a preservação da relação intrafamiliar e com pessoas de referência, combatendo assim o isolamento. É também missão das instituições propiciar a inclusão social, promovendo atividades que facilitem o envolvimento da comunidade, fomentando relações sociais e o espírito de entreajuda. Esta portaria evidencia a necessidade de uma avaliação das necessidades, potencialidades e interesses de cada pessoa idosa, Foca também a questão do respeito pela intimidade, privacidade e religiosidade.

A Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro, está muito direcionada para a promoção de direitos humanos das pessoas idosas residentes em instituições, porém prevê o aumento da capacidade por revisão de acordo, quando se verifica uma alta clínica e social. Compreende-se que esta medida tem como objetivo colmatar os internamentos sociais nas unidades hospitalares. Há que salientar que na Portaria 67/2012, de 21 de março foi definido que, cada estrutura residencial pode ter uma capacidade máxima de 120, porém caso tenha várias unidades funcionais cada uma não pode ter mais que 60 utentes, no caso de haver apenas uma unidade funcional esta pode ter até 80 pessoas. (Portaria 67/2012, de 21 de março). Ao termos instituições com 80 pessoas idosas, poderemos eventualmente dificultar a personalização dos serviços Este facto pode também contrariar, a expectativa de que as instituições se tornem , com lotações mais pequenas e que funcionam como locais de residência e convívio familiar (Rodríguez, 2007).

A Portaria n.º 322-B/2024/1, de 10 de dezembro estabelece uma pareceria entre o Serviço Nacional de Saúde e as Estruturas Residências. Esta portaria tem como objetivo implementar medidas com carácter de urgência que garantam o acesso a cuidados de saúde ajustados às necessidades das pessoas idosas, de forma a rentabilizar e maximizar o Serviço Nacional de Saúde. Com esta portaria pretende-se criar condições para que as pessoas idosas residentes em estruturas residenciais, possam receber cuidados a nível de consultas e outros meios complementares de diagnóstico sem que tenham que ser sujeitos a triagem a nível da urgência

hospitalar. Prevê que estas pessoas, com a devida prescrição médica, tenham acesso a meios complementares de diagnósticos e terapêutica sem que se tenham que deslocar às urgências hospitalares.

Proporcionar todos os cuidados que as pessoas idosas necessitam, assegurando-lhes que usufruam plenamente da sua cidadania e que vivam com dignidade, pode traduzir-se numa maior despesa pública. Assim, o financiamento torna-se numa questão bastante relevante. Tendo em conta, que as pessoas idosas e suas famílias, têm pouca capacidade financeira é inevitável que a maior parte do financiamento fique a cargo do estado (União das Misericórdias Portuguesas, 2021).

Segundo a União das Misericórdias Portuguesas (2021), as participações pagas pelo Estado às IPSS deveriam ter em conta o custo real da resposta, o que não tem acontecido, e como consequência são negociados valores que não suprem as necessidades das instituições. Assim, pode ser posta em causa a sustentabilidade financeira das instituições e estas podem estar impossibilitadas de remunerarem os seus trabalhadores de uma forma condigna. Esta propõe que seja feito um investimento nos Serviços de Apoio Domiciliário, na modernização das ERPI, na transição digital, na qualificação dos recursos humanos e em informação a nível de gestão. Assim verificar-se-á uma gestão mais eficaz que se poderá traduzir na qualidade de vida das pessoas idosas residentes em instituições.

Em Portugal o primeiro estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social surgiu em 1970 entretanto já teve algumas revisões e a última foi em 2014. Ao longo dos anos foram implementadas mediadas como por exemplo os acordos de cooperação que regulam a relação entre o Estado e as Instituições Particulares de Solidariedade Social e que estabelecem participações financeiras. Verificamos assim uma grande evolução em que o Estado se tornou parceiro destas instituições que oferecem cada vez mais serviços que dão resposta às necessidades da população.

Observa-se que a nível de legislação, esta está cada vez mais preocupada com a qualidade de vida das pessoas idosas residentes em instituições, potenciando um envelhecimento ativo e saudável. Por um outro lado continuamos a ter estruturas que têm um elevado número de residentes, o que poderá por em causa os cuidados mais personalizados.

A nível do financiamento, há que ter em conta que por norma os rendimentos das pessoas idosas residentes numa ERPI não são muito elevados, e que por vezes as participações dos Estado acabam por não ser suficientes, deixando assim de haver uma sustentabilidade a nível financeiro. Não basta aumentar as participações, é importante facultar formação e

informação sobre gestão. As questões financeiras das instituições carecem de algum aprofundamento, e é importante que se perceba de que forma estas são geridas para serem apontadas soluções que permitam uma maior sustentabilidade.

5- A prestação de cuidados em Estruturas Residenciais e os Direitos Humanos – riscos e desafios

A prestação de cuidados a pessoas idosas em Estruturas Residências, devido a vários fatores sem sempre é uma tarefa fácil, porém, o respeito por todos os direitos humanos pode constituir um grande desafio a nível dos cuidadores.

Os cuidados prestados a pessoas idosas em estruturas residenciais devem ter como base os direitos fundamentais que devem ser garantidos a todos os residentes, famílias, colaboradores e também dirigentes (Instituto da Segurança Social, 2005).

Ao falarmos de direitos humanos da pessoa idosa a residir em instituições há quatro conceitos que são muito importantes: a dignidade, a autonomia, a liberdade e a participação.

Tal como já foi referido anteriormente, os direitos humanos estão muito associados ao conceito de dignidade, logo, importa perceber até que ponto a dignidade das pessoas idosas é respeitada nas instituições que as acolhem.

Não é fácil compreender o que representa a noção de dignidade para as pessoas idosas, porque muitas já não mantêm as suas capacidades físicas e psicológicas. Os acontecimentos de vida significativos mais a nível biológico e social são: o nascimento, a entrada na escola, a puberdade, o casamento, o emprego, o casamento, o nascimento dos filhos, o nascimento dos netos, a reforma e a morte (Battin, 2009).

Nesta fase da vida há três questões relacionadas com a dignidade que são fundamentais, proteger a vida, evitar o sofrimento e promover a autonomia. A proteção da vida, é um assunto que provoca vários tipos de discussões que se baseiam fundamentalmente em três perspetivas: o respeito pela vida, a posição autonomista e o respeito pela vida em conjunto com a justiça distributiva. A perspetiva do respeito pela vida, defende a proteção do idoso independentemente das circunstâncias. A autonomista refere que se deve respeitar a vontade da pessoa idosa. A última perspetiva defende que como as pessoas idosas já não contribuem ativamente para a sociedade, não devem ser despendidos recursos que poderão fazer falta a outras pessoas. Ao referirmos o sofrimento, consideramos que este pode ser físico, psicológico ou relacionado com o papel social. Nem sempre é fácil identificar o sofrimento das pessoas idosas e também há muitas divergências sobre a forma de minimizar o sofrimento das pessoas idosas. Quanto à

autonomia, esta é uma questão que despoleta algumas divergências. Algumas pessoas têm um discurso demasiado paternalista em que os idosos são equiparados a crianças, que se baseia no facto de por vezes estes terem dificuldades cognitivas que os impedem de tomar decisões. Relativamente à autonomia é importante que as pessoas saibam quando se deve intervir e controlar as decisões das pessoas idosas (Battin, 2009).

Nas estruturas residenciais a dignidade é fundamental e os colaboradores devem evitar todo o tipo de expressões que diminuam a pessoa idosa (Instituto da Segurança Social, 2005). Um exemplo deste tipo de situações é retratado no livro de Virgílio Ferreira "Em nome da Terra":

"E assim que me sentei começou-me a despir.

_Eu dispo-me.

_Doutorzinho rabugento.

E sem me dar atenção, continuou a despir-me. (...) Era uma moça ainda nova e ela retirava-me peça a peça a minha idade adulta até ficar a criança que ela queria. Eu tomo o banho! Berrei-lhe para ela acreditar na minha força de homem. E ela disse ora não querem ver esse menino birrento (Ferreira, 2009 p 36-37)."

Este excerto remete-nos também para a questão da infantilização. Podemos considerar a infantilização como um abuso psicológico não intencional, uma vez que os profissionais que interagem com as pessoas idosas de uma forma melosa e infantil demonstram ter boas intenções (Stephen, 2013).

Para além da infantilização temos que ter em conta que podem acontecer outros tipos de situações abusivas, que fazem com que as pessoas idosas sejam prejudicadas e possam sentir-se limitadas no exercício dos seus direitos. Há alguns conceitos que devem estar presentes no quotidiano das instituições, tais como: respeito, promoção da autonomia, não uniformização da vida dos residentes, direito a decidir, privacidade, confidencialidade, igualdade, integridade, liberdade de expressão, liberdade religiosa, direito á sexualidade e direito a gerir os seus bens. Ao respeitarmos uma pessoa, demonstramos ter consideração por ela. É também relevante que se tenha sempre em conta o passado da vida da pessoa idosa e esta deve poder trazer alguns bem pessoais para a instituições (Instituto da Segurança Social, 2005).

Na intervenção com qualquer pessoa, há sempre que ter em conta que cada indivíduo tem características biológicas e experiências de vida que influenciam a sua personalidade e também gostos, opiniões e crenças diferentes. No âmbito das estruturas residenciais, as pessoas devem ser respeitadas pela sua diferença. Podemos promover a individualidade, por exemplo quando perguntamos se a pessoa prefere ser tratada pelo seu nome ou pelo seu sobrenome (Instituto da Segurança Social, 2005).

Respeitar a individualidade inclui promover a autonomia. A estrutura residencial é a casa

da pessoa idosa, logo esta deve ser motivada para tomar conta de si e também para realizar outras tarefas que sejam do seu agrado. É muito importante que não se justifique a retirada da autonomia de uma pessoa com a rapidez e funcionalidade. As instituições devem ter condições que facilitem a mobilidade, tanto a nível arquitetónico como a nível do mobiliário, pois assim será mais fácil promover a autonomia (Instituto da Segurança Social, 2005).

Quando há uma tendência para a uniformização da vida dos residentes esta pode levar a uma maior dependência. A falta de estimulação ao nível da autonomia dificulta o envolvimento na vida ativa quotidiana. Nestes casos, o equilíbrio sensorio-motor, cognitivo e emocional acaba por se deteriorar mais rapidamente (Instituto da Segurança Social, 2005).

As pessoas idosas devem poder escolher e tomar as suas próprias decisões. A capacidade de escolha promove o bem-estar emocional. Quando as pessoas idosas são privadas de tomar as suas próprias decisões, a sua autonomia é limitada e é violado o princípio do respeito pela pessoa idosa e pela sua autodeterminação. A pessoa idosa deve ser encorajada a tomar as decisões do dia-a-dia, como por exemplo o que deve vestir (Instituto da Segurança Social, 2005). Um exemplo de uma situação em que não é tida em conta capacidade de escolha da pessoa idosa está na seguinte expressão, "Mudaram-me o quarto levaram-me tudo a monte sem me dizerem nada" (Ferreira, 2009, p 204).

A necessidade de privacidade e de intimidade, não diminui com a idade e os trabalhadores das instituições devem preocupar-se em preservar a privacidade e intimidade das pessoas idosas (Instituto da Segurança Social, 2005).

Relativamente à confidencialidade, esta deve ser preservada, ou seja os elementos da vida da pessoa idosa residente numa instituição não deverão ser divulgados, é necessário que esta seja uma preocupação dos colaboradores, das direções, das famílias, dos residentes e dos amigos (Instituto da Segurança Social, 2005).

Quanto à igualdade nenhuma pessoa deve ser prejudicada ou beneficiada tendo em conta a idade, o sexo, a religião e orientação sexual entre outros. As preferências, as afinidades e os gostos pessoais não devem influenciar a prestação de cuidados. É importante que os profissionais vençam preconceitos para que estes não afetem o desempenho da sua profissão (Instituto da Segurança Social, 2005).

O direito à integridade e ao desenvolvimento da personalidade é um direito fundamental e não são admissíveis atos que afetem este direito (Instituto da Segurança Social, 2005).

Relativamente à liberdade de expressão, as pessoas idosas devem poder manifestar a sua opinião livremente sobre qualquer assunto. Nas estruturas residenciais a liberdade de expressão,

significa que o residente pode manifestar as suas ideias, os seus gostos, optar, decidir e respeitar as decisões dos outros residentes. As pessoas idosas devem poder participar ativamente na vida da instituição, devem ter acesso a um livro de sugestões que devem ser tidas em conta pela direção. Todas as decisões que afetem os residentes, devem-lhes ser explicadas e estes deverão poder manifestar a sua opinião e também apresentar sugestões. O plano de atividades tem que ter em conta a opinião dos residentes (Instituto da Segurança Social, 2005).

Cada residente tem o direito a ter a sua religião e não pode ser obrigado a participar em cerimónias religiosas (Instituto da Segurança Social, 2005).

A sexualidade das pessoas idosas tende a ser desvalorizada e até mesmo condenada pelos próprios, pela sociedade e também pela religião, mas é um elemento muito importante para a qualidade de vida (Instituto da Segurança Social, 2005). Em alguns casos a doença pode reduzir o interesse sexual, mas quando a pessoa idosa é saudável a sexualidade pode ser vivida plenamente. Relativamente aos preconceitos sociais, existe uma crença bastante generalizada que classifica as pessoas idosas como sendo impotentes. Por vezes as mulheres que manifestam interesse sexual, são vistas como “assanhadas” e os homens como “tarados”. O conhecimento sobre a sexualidade nesta faixa etária é muito importante, pois muitas pessoas não sabem lidar com as suas limitações biológicas. Por fim, a vida sexual é também influenciada pelo status conjugal: para os que não são casados há maiores dificuldades por questões de preconceito social e também pelo facto de o número de mulheres nesta faixa etária ser muito superior ao número de homens (Zerbini, et al. 2016). Em algumas instituições possibilidade de estabelecer vínculos é dificultada, devido a proibições impostas pela instituição ou pelos familiares das pessoas idosas (Zerbini, et al. 2016). As estruturas residenciais devem criar condições para que os utentes possam ter a sua vida afetiva e sexual de uma forma natural e saudável. A sexualidade é uma necessidade do ser humano, deve ser vivida em toda a sua plenitude e não termina com o envelhecimento. A vida sexual não se reduz apenas ao ato sexual ou genital e é uma faceta da afetividade que não deve ser ridicularizada (Instituto da Segurança Social, 2005).

É importante que as estruturas residenciais respeitem a autonomia das pessoas idosas, a nível da gestão do seu património, pois só o residente ou o seu representante legal devem poder gerir este património. As pessoas idosas que mantêm as suas capacidades, são livres para tomarem as suas próprias decisões e para gerirem os seus bens, uma instituição não pode desrespeitar estes direitos. A situação de dependência é diferente da situação de incapacidade, pois esta implica que as pessoas necessitem de apoio a nível das atividades da vida diária, porém mantêm a sua capacidade para poderem tomar decisões (Instituto da Segurança Social, 2005). Há pessoas

idosas que mantêm a sua capacidade decisória, compreendem a informação que lhe é prestada e exprimem as suas decisões. Quem informa a pessoa idosa, tem que ter sempre em conta o perfil e a educação da mesma. Nestes casos os familiares não podem substituir a pessoa idosa, na tomada de decisão (Faria, 2015).

Os colaboradores das estruturas residenciais, devem encorajar as pessoas idosas a exercerem os seus direitos, tomando as suas próprias decisões e sendo o mais independentes possível. As pessoas idosas têm que ter a possibilidade de falarem sobre a sua vida, exprimindo os seus medos as suas ansiedades e as suas alegrias. Os colaboradores devem estimulá-los a lutarem por tudo o que eles ambicionam e também apoiá-los no que for possível. A realização profissional daqueles que trabalham com pessoas idosas, deve passar constatar que as pessoas idosas conseguem atingir os seus objetivos e aprendem a lidar com as suas limitações (Instituto da Segurança Social, 2005).

Quando estamos perante pessoas idosas que já não mantêm as suas capacidades físicas e psíquicas, que permitam a tomada de decisões de uma forma autónoma e esclarecida, ou que não sejam capazes de exprimir ou executar as suas decisões é necessário que estas pessoas sejam protegidas (Instituto da Segurança Social, 2005). Segundo a Recomendação (99) 4 do Conselho de Ministros do Conselho da Europa, a nível da proteção do adulto incapaz há que ter em conta os direitos humanos e devem ser criadas medidas flexíveis adequadas a situação concreta e ao grau de incapacidade da pessoa dependente. As capacidades das pessoas dependentes devem ser preservadas e para defender os seus interesses é sempre necessário ter em conta os princípios da subsidiariedade, da proporcionalidade, da justiça processual e da eficiência. Para tomar decisões sobre a pessoa idosa e sobre os seus bens, é necessário fazer uma articulação entre o seu melhor interesse e a autonomia que a pessoa idosa mantém. As intervenções que não têm em conta estas duas dimensões não são legítimas (Faria, 2015).

O acolhimento da pessoa idosa dependente é uma medida de proteção considerada no ordenamento jurídico português. Esta é uma medida de natureza social e não é de tutela e representação jurídica e há alguma indefinição a nível do poder decisório de quem acolhe. Segundo a Recomendação (99) 4 do Conselho de Ministros do Conselho da Europa, a pessoa deve ser mantida preferencialmente em meio familiar. No caso de não haver familiares, pessoas disponíveis para cuidar, ou respostas sociais que permitam que a pessoa idosa se mantenha no seu domicílio para evitar a institucionalização, esta pode ser acolhida numa família considerada idónea (Faria, 2015).

Quando nos referimos a direitos humanos de pessoas idosas em contexto institucional, temos também que focar as diversas situações de violência que podem vir a acontecer, antes e

depois da entrada na instituição.

Em alguns casos os idosos podem não conseguir usufruir de todos os seus direitos, podem ser mal tratados pelos familiares e também por profissionais. Nas instituições pode haver casos de humilhações, como por exemplo, abrir portas sem bater e infantilizar as pessoas idosas tratando-as por "meninos". Relativamente à família, os maus tratos podem estar associados a abandono nos hospitais, negação de pedidos de auxílio, ausência de visitas e negação da prestação de alimentos. Muitas vezes as famílias de pessoas idosas, de uma forma quase inconsciente, acabam por tomar decisões sem as consultar como, por exemplo, integrá-las numa estrutura residencial para idosos (Ribeiro, 2001).

Só a partir dos anos 80 é que a violência contra idosos começou a vir a público, através de denúncias de alguns profissionais que trabalhavam com estas pessoas, e acabou por ser reconhecida como um problema social grave. No artigo 152 do Código Penal, sobre violência doméstica, e é referida a pessoa idosa como sendo particularmente indefesa (APAV, 2010).

O número conhecido de pessoas idosas vítimas de violência é apenas indicativo, pois muitos casos não são denunciados. Muitas das condutas classificadas como crime acabam por não ser valorizadas, o que faz com que estes comportamentos se mantenham (Guimarães, 2012).

Em 1999, no âmbito do Ano Internacional para as Pessoas Idosas, foi criada uma comissão científica para a revisão da proteção jurídica das pessoas idosas resultando do seu trabalho um relatório em que, entre outras propostas, é incluída a obrigação da prestação de alimentos, bem como a criação de um fundo de garantia, à semelhança do existente noutros países europeus, destinado a quem necessita desse apoio e não tem possibilidades de exercer tal direito (Póvoas, Alves & Velho, 2000).

Foi, também, no ano âmbito do Ano Internacional para as Pessoas Idosas que o tema da violência foi proposto pela APAV e começou a ser desenvolvido um trabalho de reflexão que procurou obter conhecimento através da aproximação às vítimas e da formação de profissionais. Foram realizadas algumas iniciativas, como a publicação de manuais, a realização de campanhas e a celebração do Dia Internacional de Sensibilização Sobre a Prevenção da Violência contra as Pessoas Idosas, instituindo-se a data de 15 de Junho (APAV, 2010).

“A violência contra as pessoas idosas terá relação com mudanças observadas ao nível dos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto dos mais velhos nas sociedades atuais. Antes gozavam de reconhecimento social, de respeito e de poder. Eram possuidores de uma particular forma de conhecimento - a sabedoria, ou o conhecimento provado ou adquirido por toda uma experiência de vida (APAV, 2010 p. 43).”

A violência contra os idosos é hoje internacionalmente reconhecida como um problema abrangente e crescente, que merece ser alvo da atenção do público em geral, dos trabalhadores da saúde e dos serviços sociais, bem como dos órgãos de decisão política (Pillemer, 2009).

O exercício da violência contra a pessoa idosa, está diretamente relacionada com a mudança do estatuto social do idoso e com uma série de modificações sentidas ao nível da estrutura familiar e económica da sociedade moderna. Estas mudanças implicaram a diminuição de meios disponíveis para cuidar das pessoas de idade e uma menor disponibilidade de tempo das famílias o que conduziu à deslocalização, ao abandono, à pobreza e à vulnerabilidade das pessoas mais velhas (Faria, 2015).

Segundo o Jornal Oficial da União Europeia (2008), as pessoas idosas que têm mais riscos de serem vítimas de violência, são aquelas que são dependentes e residem numa habitação isolada ou numa estrutura residencial para pessoas idosas.

Quando se fala em violência contra a pessoa idosa, há que ter em conta que esta pode ser de vários tipos e pode ser de nível micro quando ocorre a nível das relações familiares e sociais ou de nível macro quando é uma violência estrutural.

Uma pessoa idosa quando é vítima de violência nunca sofre apenas de um tipo de violência mas sim de uma combinação de dois ou mais tipos. Os tipos de violência mais frequentes nas pessoas idosas são violência física, psíquica, sexual, negligência, económica ou financeira, abandono, estrutural e social e falta de respeito e preconceito (APAV, 2010).

A violência física, implica sempre uma agressão física, que nem sempre se traduz em lesões físicas. A violência psíquica é uma agressão psicológica, como por exemplo: humilhação, chantagem, privação do poder de decisão e intimidação entre outras. A violência sexual manifesta-se através da violação, do exibicionismo e da realização de fotografias e filmes pornográficos entre outros. A negligência é um comportamento, que implica a não satisfação das necessidades básicas como por exemplo, negação de alimentos, más condições habitacionais, falta de higiene, administração irregular de medicação. A violência económica ou financeira, acontece quando há um comportamento danoso, que priva a pessoa idosa do controle do seu dinheiro e /ou dos seus bens. É considerado abandono, quando as pessoas idosas são deixadas pelos seus familiares em situações de dificuldade e solidão, como por exemplo idosos que têm alta hospitalar e ficam internados porque os familiares se recusam a acolhe-los (APAV, 2010).

Muitos dos crimes contra pessoas idosas incluem o desrespeito pela sua autonomia. Considera-se que uma pessoa idosa é totalmente capaz de tomar as suas decisões, quando é capaz de compreender toda a informação que lhe é transmitida, articular durante o processo de decisão e transmitir a sua decisão. Quando estas capacidades estão todas reunidas, os familiares e os cuidadores não é legítimo os familiares decidirem sobre aspetos relacionados com a vida destas pessoas idosas. Há algumas situações em que, devido a várias razões, nomeadamente em

casos de demência, as pessoas idosas não são capazes de tomar decisões, logo é necessário protegê-las (Faria, 2015).

A violência estrutural e social, a falta de respeito e preconceito, são considerados tipos de violência de nível macro. A violência estrutural ou social, acontece quando há um comportamento político praticado por governos, partidos ou outras instituições que seja facilitador da discriminação negativa nomeadamente quando há falta de recursos e as pessoas idosas são privadas da sua reforma e outros subsídios. É considerada falta de respeito e preconceito qualquer comportamento de discriminação negativa e de falta de respeito. Este tipo de violência acontece, principalmente ao nível da publicidade de produtos de estética que tentam disfarçar o envelhecimento natural evidenciando-o como sendo algo negativo (APAV, 2010).

O abuso de idosos, refere-se a um comportamento destrutivo dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência (única ou regular), não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos (Dias, 2012).

Este é um problema transversal a todas as classes sociais. Muitas vezes as vítimas não recuperam completamente e o envelhecimento afeta a capacidade de regeneração. As mulheres idosas têm um risco acrescido, pois a maioria é mais pobre e sempre se debateu com a falta de oportunidades económicas, que levaram à perda de autonomia, a falta de acesso à educação e consequentemente, uma participação mínima nos processos de tomada de decisão (Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002).

As pessoas dependentes, tornam-se mais vulneráveis, logo podem ser vítimas de maus tratos por parte da família, dos colaboradores instituições e também dos profissionais de saúde. Poderemos considerar que há um abuso institucional, quando existe um funcionamento deficiente das instituições, que podem ser estruturas sociais ou de saúde. Este abuso pode resultar em omissões por parte dos funcionários. Nestes casos há um mau funcionamento das instituições, que pode ser causado por vários fatores, como por exemplo: baixos níveis de segurança, pessoal não qualificado, pessoal cansado, não cumprir requisitos a nível da saúde e da higiene e falta de vigilância entre outros (Faria, 2015).

São considerados maus tratos, as ações ou omissões que não respeitam os direitos fundamentais das pessoas. Uma das missões fundamentais das estruturas residenciais, é promover a qualidade de vida das pessoas idosas, que passa, entre outros fatores, por evitar situações de maus tratos (Instituto da Segurança Social, 2005).

As instituições têm como missão, promover a qualidade de vida das pessoas idosas, o que pressupõe o respeito pelos direitos humanos. Importa analisar, até que ponto os condicionalismos destas estruturas e a forma como os colaboradores tratam as pessoas idosas, influenciam o respeito pelos direitos humanos.

A nível institucional, por vezes os condicionalismos das estruturas residenciais podem ser facilitadores de situações de maus tratos, principalmente quando não há preocupações em individualizar as pessoas idosas. As rotinas e a falta de supervisão, podem levar a práticas que não respeitam os direitos destes indivíduos ao sem bem-estar, quando não são tidas em conta a especificidades de cada um. Nestes casos, há uma maior dificuldade de adaptação dos indivíduos às estruturas residenciais. Quando se verifica uma impessoalidade e a nível dos procedimentos, as pessoas idosas podem sentir-se abandonadas, deprimidas, com pouca autoestima, desesperadas e com poucas perspetivas a nível do seu futuro (Instituto da Segurança Social, 2005).

Nas instituições podem haver alguns fatores de risco, que fazem com que o espaço institucional acabe por favorecer o aparecimento das situações de violência, estes podem estar relacionados com a organização, com o funcionamento, com os recursos humanos, com as famílias e com a situação de dependência da pessoa idosa.

A nível do funcionamento das instituições, pode haver falta de recursos humanos e de supervisão técnica. Pode também não existir uma posição clara a nível dos procedimentos a ter em conta numa situação de violência. A falta de condições de conforto e bem estar e a incapacidade de avaliar as necessidades das pessoas idosas e os cuidados prestados também podem constituir fatores de risco (Ministério da segurança social e do trabalho, 2002).

A nível dos recursos humanos podem existir alguns, fatores de risco nos colaboradores que têm menos poder e que estão insatisfeitos. A opinião destes pode não ser valorizada e nem ser permitida tomada de decisão das pessoas idosas, em situações que as afetam diretamente. Por um outro lado o cansaço, devido ao excesso de tarefas e os comportamentos de pessoas com demência, podem levar a que os profissionais se sintam frustrados. A falta de formação adequada e a falta de consciência de que estão a ter comportamentos abusivos e as diferenças religiosas entre pessoas idosas e cuidadores também podem ser fatores de risco (Ministério da segurança social e do trabalho, 2002).

A família também pode potenciar situações de risco, quando faz visitas breves e com pouca frequência. Quando se apropriam de bens pessoais e exploram a pessoa idosa e quando a infantilizam (Ministério da segurança social e do trabalho, 2002).

A situação de dependência da pessoa idosas também pode levar a situações de violência,

uma vez que as pessoas idosas podem ter receio de retaliações ao denunciar certas situações, podem não ter capacidade para reportar o abuso e podem também agredir os cuidadores (Ministério da segurança social e do trabalho, 2002).

O abuso institucional é realizado por profissionais que são remunerados para cuidar das pessoas idosas. Os principais tipos de abuso praticados em instituições são: infantilização, sobremedicação, exploração financeira, falta de privacidade, agressões verbais e despersonalização. Consequentemente as pessoas idosas vítimas de violência podem desenvolver comportamentos de culpabilização, declínio da autoestima, depressão, perturbações do sono, aumento da dependência e isolamento social (Dias, 2012).

Os maus tratos podem ser intencionais ou sem intenção de fazer mal. Consideram-se intencionais quando implicam ofensas físicas psicológicas, sexuais ou patrimoniais. São considerados maus tratos sem intenção de fazer mal, quando são cometidos por ignorância, incompreensão ou até mesmo insensibilidade com por exemplo limitar o convívio entre a pessoa idosa e os outros residentes. Os maus tratos são sempre considerados inaceitáveis, independentemente de haver consciencialização ou não (Instituto da Segurança Social, 2005).

Segundo APAV (2010), a violação dos direitos das pessoas idosas nas estruturas residenciais pode-se verificar a vários níveis nomeadamente os seguintes: alimentação e de bebidas, vestuário, confinamento, restrição sensorial, supervisão técnica, amenidades, segurança, privacidade, higiene pessoal, tratamento do corpo, sexualidade, comunicação e gestão patrimonial. As práticas que levam a violação destes direitos estão descritas no quadro que se segue.

Quadro 1- Práticas de violação de direitos das pessoas idosas em estruturas residenciais

Direitos	Práticas de Violação
Alimentação e de bebidas	<p>Não fornecer variedade de comida e bebida;</p> <p>Punir as pessoas idosas através de restrições alimentares;</p> <p>Dar alimentos muito misturados e com sabor pouco atraente;</p> <p>Fornecer alimentos mal cozinhados e com um tempero desadequado;</p> <p>Falta de higiene a nível dos pratos, talheres e copos;</p> <p>Não respeitar as dietas específicas de cada pessoa idosa;</p> <p>Usar alimentos que estejam fora do prazo de validade;</p> <p>Misturar bebidas sem ter em conta o gosto individual dos residentes;</p> <p>Usar suplementos em vez de alimentos;</p>

	<p>Marcar utensílios específicos para cada residente sem motivo aparente;</p>
Vestuário	<p>As pessoas idosas serem vestidas uniformizadamente ou com vestuário em más condições;</p> <p>Usarem roupas de pessoas que faleceram;</p> <p>Algum vestuário ser comum;</p> <p>A marca usada na roupa ser visível;</p> <p>As pessoas serem obrigadas a usar robe ou pijama durante todo o dia sem razão aparente.</p>
Confinamento	<p>Pessoas idosas fechadas em quartos;</p> <p>Pessoas idosas não poderem sair da estrutura residencial;</p> <p>Uso de objetos imobilizadores sem justificação;</p>
Restrição sensorial	<p>Deixar os residentes muito tempo sentados ou deitados;</p> <p>Não movimentar as pessoas acamadas com a regularidade necessária;</p> <p>Não existirem atividades sensoriais estimulantes; inibir a privacidade;</p> <p>Não potenciar a participação e expressão;</p> <p>Não abrir a estrutura residencial à comunidade.</p>
Saúde	<p>Não proporcionar apoio médico quando necessário;</p> <p>Não informar a equipa médica sobre alterações no estado de saúde de um residente;</p> <p>Não providenciar ajudas técnicas como por exemplo: óculos e próteses dentárias;</p> <p>Não terem cuidados de saúde preventivos;</p> <p>Não valorizar as queixas apresentadas pelas pessoas idosas;</p> <p>Não higienizar próteses dentárias e óculos;</p> <p>Usar opiáceos sem prescrição médica;</p> <p>Não solicitar o consentimento informado sobre alguns tratamentos médico-cirúrgicos; não respeitar o direito ao sigilo.</p>
Supervisão técnica	<p>Não possuir uma equipa técnica qualificada e com um número suficiente de profissionais;</p> <p>Não proporcionar formação adequada aos colaboradores;</p> <p>Não ter pessoal suficiente para situações de emergência;</p> <p>Não ter uma distribuição adequada do pessoal;</p> <p>Permitir que os colaboradores não cumpram o regulamento interno;</p>

	Permitir o uso abusivo de poder por parte dos colaboradores.
Amenidades	As instalações estarem muito quentes ou muito frias; Haver falta de ventilação; Móveis sujas, degradadas ou desadequadas para pessoas idosas; Ter iluminação desadequada; Permitir que os colchões estejam sujos molhados ou deteriorados.
Segurança	Equipamentos elétricos em mau estado; Existem barreiras de acesso como por exemplo tapetes; ter equipamento de fogo em mau estado; Reduzir o pessoal durante os fins-de-semana ou à noite; não ter campainhas nas camas; Não ter ou bloquear as saídas de emergência; Haver portas trancadas por fora; Não existir sinalização de emergência e não proporcionar sessões de informação sobre segurança para os residentes.
Privacidade	Haver várias camas num quarto e não existir um biombo ou cortinas para as separar; Não fechar a porta quando se está a realizar a higiene a uma pessoa; Não permitir que os residentes estejam sós com os seus familiares e amigos e apressar os idosos na realização das necessidades fisiológicas.
Higiene	Dar banho a várias pessoas na mesma água; Deixar as pessoas com fralda suja durante muito tempo; Usar toalhas e esponjas em vários residentes; Falta de cuidados de higiene em pessoas acamadas e não respeitar o pudor das pessoas idosas.
Tratamento do corpo	Agressões físicas; Arrastar as pessoas idosas das cadeiras ou das camas; Vestir e despir as pessoas idosas de forma brusca; Falta de ajuda durante as refeições; Não satisfazer as necessidades fisiológicas das pessoas idosas quando estas o solicitam;
Sexualidade	Assédio sexual; Comentários sexistas e homofóbicos;

	Desrespeito pelos valores morais e religiosos;
Comunicação	Gritar com as pessoas idosas; Não esclarecer as pessoas idosas sobre uma informação por elas solicitada; Mentir e fazer intrigas; Inventar alcunhas; Tratar as pessoas idosas por tu; Infantilizar as pessoas idosas chamando-lhes por exemplo menino; Tratar as pessoas idosas por avô ou avó;
Patrimonial	Reter o dinheiro das pessoas idosas sem que elas o solicitem; Cobrar gastos de eletricidade; Retirar dinheiro das pessoas idosas sem que estas manifestem o seu consentimento; Colocar o dinheiro das pessoas idosas em contas de colaboradores; Ser cúmplice quando os familiares gerem o dinheiro das pessoas idosas sem motivo aparente; Permitir que as pessoas idosas ofereçam recompensas a funcionários da estrutura residencial

(APAV, 2010)

Há um conjunto de indicadores que nos podem levar a suspeitar de que uma pessoa idosa é vítima de maus tratos que podem ser: físicos, comportamentais ou psicológicos, sexuais ou financeiros. Relativamente aos indicadores físicos podemos salientar, feridas, queimaduras, equimoses, marcas de ter estado amarrado, excesso de medicação, falta de higiene, má nutrição e desidratação. Quanto aos indicadores comportamentais ou psicológicos, podem-se verificar alterações nos padrões de sono, nos hábitos alimentares, medo, apatia, confusão, receio de contactos físicos e tendência para o isolamento. Os indicadores sexuais manifestam-se através da alteração do comportamento sexual, em alterações repentinas a nível de humor, dores abdominais, hemorragias vaginais, equimoses na região mamária, infeções vaginais frequentes e roupa interior rasgada. Quanto aos indicadores financeiros estes manifestam-se quando a pessoa idosa muda repentinamente a forma de gerir os seus bens, quando se verificam transações bancárias suspeitas, quando alguns bens desaparecem e quando apesar de haver possibilidades há falta de meios de conforto (Instituto da Segurança Social, 2005).

Os indicadores que nos podem levar a concluir que um cuidador exerce maus tratos para com uma pessoa idosa estão relacionados com stress, agressividade, infantilização,

comportamento defensivo, tentativa de evitar o contacto do residente com outras pessoas. Há também que ter em atenção os colaboradores que quando confrontados com uma suspeita de maus tratos são agressivos pois isso poderá indicar que são culpados (Instituto da Segurança Social, 2005).

Para evitar maus tratos deve haver uma preocupação em individualizar a relação com cada residente, para ser evitada a impessoalidade a nível dos procedimentos. Os procedimentos devem ser avaliados, para evitar que se mantenham práticas que desrespeitam os direitos e bem-estar das pessoas idosas residentes. Nos cuidados às pessoas idosas, há que ter sempre em conta a sua singularidade, a sua individualidade e as suas necessidades (Instituto da Segurança Social, 2005).

Os colaboradores também podem ser vítimas e podem também haver maus tratos entre pessoas residentes. A vítima tem sempre direito a reagir, no entanto tem que o fazer de uma forma pedagógica e proporcional. Os residentes tornam-se violentos, devido a vários fatores como por exemplo: estarem stressados, sofrerem de perturbações mentais e sentirem-se ofendidos. Nestes casos os colaboradores devem, proteger-se destas situações sabendo quais são os residentes que se podem tornar violentos e quais são as situações que podem provocar violência. É necessário que estas situações sejam avaliadas pela equipa de saúde, pois poderá ser necessário alterar a medicação da pessoa idosa (Instituto da Segurança Social, 2005).

A função de cuidador de ação direta é pouco atrativa uma vez que está associada a um trabalho pesado, com poucos benefícios ou regalias, pouco valorizado socialmente, e em alguns casos com a falta de capacidade emocional para lidar com o sofrimento do outro. Estes fatores, acabam por afetar a qualidade do trabalho desempenhado, os indivíduos sentem-se desmotivados e acabam por ter comportamentos e atitudes que afetam de uma forma negativa a vida das pessoas idosas residentes. Os requisitos mínimos para o acesso a profissão são manifestamente insuficientes e não preparam os profissionais para este tipo de trabalho (Sousa, 2011).

Um meio de intervenção contra a violência em pessoas idosas é a criação de equipas locais. Essas equipas devem ser constituídas por profissionais na área da saúde mental, da enfermagem, do serviço social e da medicina entre outros. Estas equipas podem analisar cada caso e planear ações para com as vítimas (Pillemer, 2009).

Os órgãos diretivos têm que implementar estratégia que evitem os maus-tratos, através de uma intervenção precoce e também através de formação. Os colaboradores devem estar preparados para prevenir os maus tratos, para os detetar e agir no sentido de lhes por termo e para ajudar as vítimas na sua recuperação (Instituto da Segurança Social, 2005). A nível da

formação, é necessário profissionalizar os cuidados para que os cuidadores tenham capacidades para intervir nos vários contextos de trabalho. Um bom profissional é uma pessoa competente e o conceito de competência pode ser definido, como a capacidade para usar de uma forma eficaz o conhecimento, a experiência e as qualificações. A nível dos cuidados prestados a pessoas idosas, há vários documentos internacionais e também nacionais que referem a importância da qualificação e valorização dos colaboradores, pois esta contribui para o aumento da qualidade dos serviços prestados a pessoas idosas (Sousa, 2011).

A nível da prevenção há quatro níveis de prevenção de vitimização que são os seguintes: prevenção primordial; prevenção primária; prevenção secundária; prevenção terciária. A prevenção primordial, acontece quando os profissionais competentes agem no sentido de evitar os padrões de vida social, económica e cultural que podem contribuir para o aumento do risco de vitimização das pessoas idosas. A prevenção primária, é quando os profissionais competentes usam o controlo das causas dos fatores de risco para encontrar novos casos de vitimização. A prevenção secundária é o nível em que se tenta reduzir a vitimização, detetando casos precocemente, pois assim serão evitadas consequências graves e casos de reincidência. Na prevenção terciária tentam-se reduzir as consequências da vitimização a nível das sequelas e dos sofrimentos causados (APAV, 2010). Nas instituições deve-se apostar na prevenção primária, uma vez que se pode reduzir os riscos, evitando situações de vulnerabilidade e reforçando as capacidades de todos os envolvidos (Ministério da segurança social e do trabalho, 2002).

Para evitar maus tratos, é essencial vencer preconceitos sobre o envelhecimento, pois as nossas crenças, os nossos valores e as nossas necessidades, afetam os nossos relacionamentos. Todos temos pessoas com que nos identificamos mais do que outras, no entanto o nosso desempenho profissional não pode ser influenciado por este fator. É necessário acabar com estereótipos e promover a alteração de alguns comportamentos que não respeitam as pessoas idosas (Instituto da Segurança Social, 2005).

As estruturas residenciais devem adotar uma política de tolerância zero com procedimentos claros e legais que devem estar descritos no manual de prevenção de maus tratos. Poderão também realizar uma declaração dos direitos das pessoas residentes e divulgá-la aos residentes, colaboradores e familiares (Instituto da Segurança Social, 2005).

“Futuramente a intervenção gerontológica deve ser pluridisciplinar e deve ser facilitadora de uma reflexão que ajuda o profissional, o idoso e a família a decidir e a agir. “A cidadania é um pressuposto de um envelhecimento sustentável, conceito que ultrapassa, em extensão e profundidade, o de envelhecimento positivo e, em dignidade, o de envelhecimento ativo” (Guimarães, 2012, p.296).”

Tal como já foi referido anteriormente, não podemos considerar que as pessoas idosas têm

direitos diferentes das outras pessoas, no entanto, devido a alguns fatores podem-se tornar mais frágeis, logo necessitam que os seus direitos sejam salvaguardados. As instituições devem investir cada vez mais na formação dos colaboradores pois nem sempre eles estão consciencializados para a promoção dos direitos humanos.

Ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidas algumas medidas com o objetivo de promover os direitos das pessoas idosas, contudo ainda se verificam alguns casos de privação de direitos. Por vezes estas pessoas são sujeitas a vários tipos de violência pela família, pelas instituições e pela comunidade em geral.

Ao falarmos de privação de direitos humanos estamos também a falar de maus tratos. Os maus tratos jamais são aceitáveis e o seu combate deve ser uma prioridade das instituições. É de extrema relevância que estejam bem definidos os procedimentos a adotar no "Manual de prevenção de maus-tratos" que deve ser elaborado pelas instituições.

6- O Serviço Social nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – um lugar de compromisso com os Direitos Humanos

Tendo em conta que a prática do assistente social se rege pelos direitos humanos, há que perceber como esta prática evoluiu ao longo dos anos e também como se processa a nível da intervenção com pessoas idosas.

Desde o seu início, a prática do serviço social centra-se na satisfação de necessidades e no desenvolvimento das potencialidades do indivíduo. Os assistentes sociais, utilizam e desenvolvem o conhecimento científico, no que diz respeito ao comportamento das pessoas em sociedade. Trabalham para o bem estar das pessoas, direcionando os recursos para satisfazer as necessidades individuais e coletivas e para alcançar a justiça social (Organização das Nações Unidas, 1999).

Os assistentes sociais desenvolvem o seu trabalho a nível do indivíduo, da família, da comunidade e também a nível nacional, tendo sempre em conta a defesa dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1999).

O Serviço Social, mesmo antes de existirem as convenções internacionais, já seguia os valores dos direitos humanos. As pioneiras do Serviço Social, como foi o caso de Jane Addams e Mary Richmond, já defendiam os direitos de grupos vulneráveis; outros assistentes sociais participaram ativamente na defesa dos direitos humanos, colaborando em movimentos contra o Apartheid, contra regimes ditatoriais, contra a discriminação, o racismo (Carvalho, 2016).

“Os Direitos Humanos são inseparáveis da teoria valores, deontologia e prática do Serviço Social. Os direitos correspondentes às necessidades humanas têm de ser garantidos e promovidos, e incarnam a justificação e motivação que

presidem à ação do Serviço Social, mesmo se nos países que vivem sob regimes autoritários tal defesa possa ter consequências graves para os profissionais de Serviço Social (Nações Unidas, 1999).”

Em Portugal a primeira escola de serviço social foi fundada em 1935, em Lisboa, sob o empenho da igreja católica e do regime político vigente, o Estado Novo, pensado e orientado por Salazar. A formação teve dificuldades em se afirmar no mercado de trabalho, por ser frequentada maioritariamente por mulheres e, neste contexto político, as mulheres não tinham direito à educação e ao trabalho. Os assistentes sociais desenvolviam o seu trabalho nas instituições de caridade e também nas instituições repressivas do Estado (Carvalho, 2014), sendo de lembrar que, durante todo o regime ditatorial, a ação social (assistência social) tinha um carácter meramente paliativo e seguia uma orientação essencialmente higienista e moralista. Só no final da década de 1960 o Serviço Social português começou a acompanhar o movimento internacional de defesa dos direitos humanos, a incorporar os ideais da justiça social e a participar na discussão sobre o regime político, nomeadamente na sua dimensão colonial.

Após a publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, a intervenção do Serviço Social direcionou-se mais para a defesa de direitos humanos de grupos específicos. A relação do Serviço Social com os Direitos Humanos, foi referida pela primeira vez numa conferência na Finlândia em 1969. Em 1988 o Serviço Social assumiu-se como a profissão dos Direitos Humanos (Carvalho, 2016).

“Os Assistentes Sociais estão na linha da frente, constituindo-se como atores essenciais na defesa dos direitos humanos com indivíduos, grupos e comunidades constituindo-se como mediador ativo entre o universalismo e o realismo cultural (Carvalho, 2016).”

O conceito de direitos humanos, proporciona ao Serviço Social um fundamento científico de suporte. Os direitos humanos podem ser vistos como uma resposta local para as necessidades básicas, e o Serviço Social proporciona uma resposta adequada para estas mesmas necessidades (André, 2002).

Segundo a Classificação Nacional das Profissões, a profissão de assistente social está incluída no grupo dos especialistas em Ciências Sociais e Humanas. Os assistentes sociais têm a capacidade de intervenção, planeamento e também de investigação. Atuam ao nível dos indivíduos, grupos e comunidades. Utilizam procedimentos específicos, como é o caso do diagnóstico e da entrevista, com o objetivo de identificar e solucionar problemas de um indivíduo, de um grupo ou de uma comunidade (Amaro, 2012).

O assistente social em primeiro lugar deve identificar as necessidades dos utentes e só depois encontrar respostas, tendo como fio condutor a defesa dos direitos humanos. Para a identificação das necessidades, é necessário ter em conta os contextos de pertença do indivíduo a nível geográfico, político, económico, social, cultural e espiritual (André, 2002).

O contexto geográfico é importante, porque cada região ou país tem as suas especificidades. A política é um fator determinante, pois ajuda a definir as atividades que podem ser desenvolvidas. O contexto sócio-económico é relevante para percebermos o modo de vida, o acesso à saúde, à educação, segurança social e ao trabalho de um grupo de indivíduos. A nível cultural é necessário conhecer, os usos, as crenças e as ambições de uma determinada comunidade, pois caso isso não aconteça podem ocorrer situações discriminatórias. A nível espiritual, há que ter em conta que todas as sociedades têm os seus valores, a atividade do assistente social deve ser realizada em consonância com os mesmos. O assistente social deve orientar o seu desempenho, tendo em conta estes cinco contextos e defender os Direitos Humanos (Nações Unidas, 1999).

A nível da intervenção do assistente social, podemos considerar que os direitos humanos estão associados à ideia de ética. A ética inclui o bem estar individual e coletivo, a justiça social e a igualdade, logo promove a luta pelos direitos humanos. Assim os direitos humanos para os assistentes sociais, são mais do que as obrigações legais, pois fazem parte da ética do serviço social. É relevante que os assistentes reflitam sobre os seus valores e sobre as suas bases éticas, porém esta não é uma tarefa fácil, devido ao facto de não haver um “modelo ético”. Há diferentes modelos éticos, que nem sempre chegam a uma conclusão do que se deve fazer num determinado tipo de situação. Há uma ligação entre a ética, a justiça social e os direitos humanos. Quando um assistente social é confrontado com a injustiça social, tem que ter em conta as considerações éticas para tomar decisões que promovam os direitos humanos (United Nations, 1994).

Os assistentes sociais desenvolvem a sua atividade em diferentes contextos políticos, defendendo os direitos individuais e coletivos. Muitas vezes trabalham em instituições e organizações reconhecidas pelo Estado (Nações Unidas, 1999). Muitos assistentes sociais desenvolvem a sua atividade em instituições lucrativas ou não lucrativas que desenvolvem respostas sociais no âmbito da terceira idade.

O Contrato Coletivo de Trabalho celebrado entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais, define as funções do assistente social numa IPSS.

“Assistente social- Define normas gerais, esquemas e regras de atuação do serviço social nas instituições; procede à análise dos problemas de serviço social diretamente relacionados com os serviços das instituições; assegura e promove a colaboração com os serviços sociais de outras instituições ou entidades; estuda com os indivíduos as soluções possíveis dos seus problemas (descoberta do equipamento social de que podem dispor); ajuda os utentes a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável (Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social, 2015).”

Nas IPSS, há muitos assistentes sociais a exercer funções em respostas sociais direcionadas para as pessoas idosas. É necessário que os assistentes sociais deixem de percecionar o envelhecimento como um problema social e que tenham uma posição com bases éticas para que deixe de procurar soluções padronizadas e potencie a autonomia para que as pessoas idosas possam viver da forma como elas desejam (Cardoso, 2018). Na realidade o Serviço Social está também associado ao conceito de empowerment, ou seja pode ser proporcionado um ganho de poder, neste caso para as pessoas idosas, caracterizado como sendo instrumental potenciando a transformação de alguns esquemas de poder que se caracterizam como sendo opressivos e injustos.

O conceito de empowerment consagrou-se a nível académico e político no fim dos anos 70. Para a criação deste conceito, foi muito relevante a psicologia humanista e as ciências da educação. A nível da intervenção social este conceito tornou-se mais pertinente ao logo dos últimos anos, tanto a nível das retóricas sociopolíticas como também das práticas sociais. Há uma valorização do sujeito, que é acompanhado socialmente destacando as suas potencialidades, com o objetivo de melhorar a sua vida e a da sua comunidade. Há assim uma noção, de que os indivíduos que num dado momento se encontram mais vulneráveis, podem agir em prol do seu bem estar. Esta transformação é defendida pelo serviço social, e faz com que as pessoas se emancipem a um nível individual e coletivo, compreendendo os seus direitos e as suas potencialidades. Há que ter em conta as potencialidades individuais, os contextos e dos recursos que podemos utilizar (Albuquerque, Santos & Almeida, 2017).

Há vários autores que defendem que, a noção de empowerment é a concretização do poder que tem como base as seguintes capacidades: escolher, decidir e concretizar. O poder traduz-se em ações concretas, o poder de dizer deve juntar-se ao poder de agir que por sua vez deve entender os pressupostos e os limites da ação. Para a ação é extremamente importante adquirir conhecimentos técnicos e práticos (Albuquerque, Santos & Almeida, 2017).

Por um outro lado o empowerment, está associado a uma realidade subjetiva e a com uma realidade objetiva. A dimensão subjetiva é a nível psicológico, tem a ver com o conhecimento que o indivíduo tem sobre a sua competência, está relacionada com a estimulação da autoestima. O processo de empowerment implica sempre uma consciência crítica que pode ser coletiva, social ou política. A consciência coletiva faz com que o individuo percecione que o problema que está a viver é comum a determinados grupos. A consciência social permite que os problemas individuais e coletivos sejam influenciados pela forma como uma comunidade vive. Relativamente à consciência política é necessário compreender que a resolução dos problemas passa por uma mudança social. A dimensão objetiva do empowerment está relacionada com o

conjunto de oportunidades que influencia as escolhas, as relações e os procedimentos. O empowerment tem como finalidade aumentar a capacidade de escolha das pessoas, a sua liberdade e também o exercício da cidadania (Albuquerque, Santos & Almeida, 2017).

Para a promoção do empowerment, é necessário que haja recursos sociais, económicos e políticos que permitam concretizar as ações necessárias ou desejadas pelos indivíduos. Promover o empowerment, é também criar espaços para que possam ser concretizadas as capacidades para exercer o poder, como é o caso do terceiro setor. Nesta perspetiva, o empowerment pode ser condicionado pela luta contra a desigualdade e tem duas implicações. A primeira implicação está relacionada com o ser necessário haver uma avaliação e concretização do empowerment com um carácter multidisciplinar. A segunda implicação, remete-nos para trabalhar a intervenção a vários níveis do coletivo ao individual, do local ao global. Assim podem ser definidos projetos com ferramentas de monitorização e avaliação adequadas para se atingirem as metas propostas. O empowerment é a desenvolvimento da liberdade de ação a um nível individual e coletivo, estando sempre associado á intervenção social tendo em conta indicadores sociais, políticos e económicos (Albuquerque, Santos & Almeida, 2017).

Pinto (2013) associa o conceito de empowerment à prática do Serviço Social com pessoas idosas. O conceito de empowerment é muito importante para o exercício da cidadania e permite aos sujeitos um aumento de poder a nível político, sociocultural, psicológico e económico. O empowerment é um valor do Serviço Social, que encaminha a prática dos assistentes sociais para uma identificação das potencialidades e sua promoção, pondo de parte todo o que está errado ou não funciona. Mesmo em situações problemáticas, os sujeitos são vistos como tendo múltiplas capacidades e possibilidades. Quando o empowerment é posto em prática, há um processo de mudança, baseado nas forças e poderes do sujeito e também na sua capacidade de resiliência. Ao associamos o empowerment às pessoas idosas, é necessário desconstruirmos mitos e encararmos o processo de envelhecimento como um desafio. Alguns autores, consideram que este conceito é uma utopia, pois ambiciona uma sociedade mais justa e equitativa.

“Pensar o Serviço Social hoje é sobretudo pensar as condições e os pressupostos inerentes à sua readequação e pertinência na sociedade contemporânea. O compromisso com a mudança, no sentido do desenvolvimento e da justiça social, e a abertura à inovação constituem-se, hoje mais do que nunca, como as pedras de toque de um Serviço Social capaz de se afirmar como elemento estratégico na construção de sociedades alternativas, socioeconomicamente justas e equilibradas (Santos, Albuquerque & Almeida, 2013).”

A intervenção social com pessoas idosas já era realizada antes do envelhecimento populacional ser considerado um desafio. Esta intervenção estava associada a situações de

dependência, de pobreza, de doença e de exclusão social (Carvalho, 2014).

Desde cedo que o Serviço Social se direcionou para a promoção dos Direitos Humanos, fator este que se torna muito relevante no trabalho com pessoas idosas. Nas instituições, os assistentes sociais têm como objetivo principal promover a qualidade de vida das pessoas idosas encontrando as respostas mais adequadas para cada tipo de situação. Atualmente o serviço social está muito focalizado no conceito de empowerment na medida em que pretende dotar os indivíduos de capacidade para exercer a sua cidadania.

CAPÍTULO 4- Metodologia

A metodologia inclui um conjunto diversificado de métodos definindo qual é o mais adequado a seguir, tendo em conta a corrente filosófica em que se insere a investigação. Define o método utilizado que pode ser estatístico ou probabilístico e pode permitir a generalização e interpretação de resultados para atingir um objetivo (Duarte, 2013).

Neste capítulo é abordada a metodologia utilizada neste estudo. Procede-se à descrição dos objetivos e também das questões de investigação. É também neste capítulo que são referidos os métodos de investigação utilizados e por fim é feita a descrição das amostras.

1-Questões de Investigação e Objetivos da Pesquisa

O estudo partiu das seguintes indagações: como são assegurados os Direitos Humanos em instituições residenciais que prestam cuidados a Pessoas Idosas, designadamente o direito à dignidade, à autonomia, à autodeterminação? Apesar de criadas para os proteger, identificam-se situações de violação dos direitos enfrentadas por idosos residentes nessas instituições?

Constitui objeto do estudo os Direitos Humanos em contexto residencial, especificamente, em estruturas residenciais para pessoas idosas, tendo a pesquisa, como objetivo geral, o aprofundamento do conhecimento sobre o lugar/centralidade dos Direitos Humanos nos procedimentos e estratégias de atuação das instituições relacionadas com os direitos das pessoas idosas residentes, tendo em vista a identificação de dimensões de intervenção, respeitadoras e promotoras dos direitos das pessoas idosas, que devem ser incorporadas pelas estruturas residenciais.

Foram definidos como objetivos específicos da pesquisa:

- conhecer como os Direitos Humanos, especificamente, os direitos políticos, civis económicos e sociais das pessoas idosas constituem domínio do conhecimento e são orientadores dos procedimentos gerais das instituições e dos assistentes sociais, em particular;
- perceber se as instituições percebem a pessoa idosa como um sujeito ativo e com capacidade para usufruir dos seus direitos e para reivindicá-los;
- conhecer e analisar as perceções das pessoas idosas residentes sobre os seus direitos e potenciais restrições no seu cumprimento;
- identificar dimensões de organização e de intervenção institucional de natureza preventiva de situações de privação de direitos humanos, assim como de promoção da centralidade de tais direitos em meio institucional.

2- Métodos de investigação

Quando se realiza uma investigação, é necessário definir o paradigma pelo qual esta se orientará. Um paradigma permite-nos visionar a realidade envolvente, distinguindo o que é mais importante (Bogdan & Bilklen, 1982), representando “um compromisso implícito (...) com um quadro teórico e metodológico preciso, e, conseqüentemente, uma partilha de experiências e uma concordância quanto à natureza da investigação e à conceção” (Coutinho,2011:9). A adequabilidade do paradigma ao estudo realizado está intrinsecamente relacionada com a intenção de compreender a realidade das estruturas residenciais, enquanto estruturas de poder, procurando saber se tal poder se traduz em modalidades de gestão que garantam os direitos – o poder – dos seus utentes; acresce, ainda, a intenção de mudança, transformação, inerente a este paradigma, presente na possibilidade de influenciar alterações nos modos de intervenção, mais consentâneos com os direitos das pessoas idosas residentes.

Ao nível da metodologia de recolha de dados, foi privilegiada uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, e utilizadas técnicas inerentes a tal abordagem: o questionário dirigido aos técnicos, assistentes sociais, e o grupo focal constituído por pessoas idosas residentes, considerando a importância de lhes ser dada voz, uma das dimensões dos Direitos Humanos.

Os questionários podem ser aplicados a um grande número de pessoas. Apesar de não se verificar uma interação pessoal, como acontece nas entrevistas, este exige um trabalho prévio que tem como objetivo clarificar as questões (Azevedo & Azevedo, 2008).

Nos questionários as respostas são previamente codificadas e os indivíduos têm que responder obrigatoriamente a uma das respostas que lhes é proposta. Quanto às vantagens, podemos referir que permite quantificar um grande número de dados e proceder a várias análises. Como desvantagem, o facto de em alguns casos as respostas poderem ser superficiais, contendo descrições simples (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Neste questionário foram elaboradas questões fechadas, uma vez que as mesmas obrigam à existência de um conjunto de respostas predefinido, em que o indivíduo pode selecionar a que mais se adequa. Este tipo de questões permitem uma resposta mais rápida e mais uniforme (Reis, 2010). Optou-se por questões fechadas para ser possível a utilização de uma abordagem quantitativa.

Segundo Morgan (*Cit in* Silva, Veloso & Keating , 2014), Focus group, ou grupo focal, pode ser considerado como é uma técnica de recolha de dados passível de ser usada em vários momentos no decorrer do processo de investigação. É uma técnica de recolha de dados que promove o diálogo em grupo sobre assuntos proposto pelo investigador. Segundo o autor, a

interação do e com o grupo é uma fonte de dados e legitima o papel ativo do investigador na organização da discussão, referindo, também, o aumento verificado de utilização do focus group nas investigações, em simultâneo com, por exemplo, entrevistas e questionários.

O focus group propicia um conjunto de visões e reações emocionais num grupo. Pode também ser percecionado como uma ação que não é natural e que prejudica a espontaneidade. O focus group é previamente organizado tendo em conta o grupo a que se dirige, o que facilita a recolha de dados pelo investigador (Galego Carla & Gomes Alberto, 2005). Ao mesmo tempo, permite aceder a dados de um determinado grupo de uma forma mais rápida e com custos menores, nele podem ser analisados vários tópicos e participar todo o tipo de indivíduos, mesmo os que possuem baixa escolaridade (Silva, Veloso & Keating , 2014). Devido a todos os aspetos mencionados considerou-se que este seria o método mais adequado para ser usado no grupo das pessoas idosas

Antes da aplicação de qualquer tipo de instrumento de recolha de dados deve-se realizar o pré-teste. Este deve ser feito com pessoas da população que se pretende estudar e permite corrigir alguns aspetos do instrumento de recolha, nomeadamente no que diz respeito à redação das perguntas, garantindo assim que estas se tornam mais claras e que o questionário não é demasiado extenso (Espírito Santo, 2010). Neste trabalho académico foram aplicados 137 questionários, com perguntas fechadas utilizando a escala de Lickert. A nível dos questionários foram realizados três pré testes e no focus group realizada uma dinâmica exploratória com cinco pessoas idosas. Quanto ao procedimento estes questionários realizaram-se online e divulgados em várias plataformas. Relativamente ao focus groups foram incluídas um total de 20 pessoas.

O questionário e o guião da dinâmica de focus group foram construídos pela investigadora e tiveram por base a pesquisa bibliográfica efetuada. Na construção do questionário foi dada especial importância a informação veiculada pelo Manual Títono que se encontra descrita no ponto 5 do capítulo 3, mais concretamente no quadro 1.

Como principal constrangimento do estudo, há que referir que tendo os assistentes sociais conhecimentos técnicos sobre o tema há sempre o risco das suas respostas refletirem mais estes conhecimentos do que a realidade das instituições. Este constrangimento foi ultrapassado com a realização das dinâmicas de focus group.

Relativamente às dinâmicas de focus group, sendo esta temática uma questão potencialmente sensível para as instituições, foi focada na descrição das relações familiares e a vida na instituição. Abordou-se assim a temática dos direitos humanos, de uma forma mais indireta, não se verificando constrangimentos na aplicação das dinâmicas.

No que se refere ao tratamento de dados, estes foram analisados quantitativamente com o suporte do programa *SPSS* e apresentados em tabelas e gráficos. Quantos aos dados resultantes

das dinâmicas de focus groups, a nível de tratamento de dados foram construídas tabelas conceptuais⁸ para facilitar a análise dos mesmos. Realizou-se a análise de conteúdo, em que se optou por codificação de forma a preservar a identidade das pessoas idosas. Foi assim colocada a inicial do primeiro nome das pessoas idosas e nos casos em que havia a mesma inicial, foi colocada a inicial do primeiro e do segundo nome. Foi feita, também, identificação numérica dos grupos focais.

Nos questionários os principais eixos foram os seguintes: direitos humanos e envelhecimento, mudanças sociais e família e promoção dos direitos humanos nas estruturas residenciais. Nas dinâmicas de focus groups os principais eixos foram: família e sociedade, acolhimento e adaptação à instituição, vida na instituição e dimensões de liberdade, autonomia e autodeterminação no quotidiano da instituição.

Esta investigação partiu de uma lógica dedutiva, uma vez que se baseou na realidade descrita pela literatura existente e posteriormente passou para a lógica indutiva através da análise de dados obtidos após a aplicação dos questionários e das dinâmicas de focus groups.

3- Universo e amostra

O estudo recorreu a amostragem não probabilística de dois tipos: uma, por voluntários, constituída pelos assistentes sociais que, após divulgação da pesquisa, voluntariamente nela participaram respondendo ao questionário; outra, por conveniência, em que foram convidados a participar pessoas idosas disponíveis e com capacidade cognitiva.

Nenhuma das amostras é representativa da população e, no caso dos assistentes sociais a exercer funções em estruturas residenciais, não dispõe a investigadora de informação quanto ao universo, quer por parte da Segurança Social, quer por parte da Ordem dos Assistentes Sociais. A amostra dos questionários foi constituída por 137 assistentes sociais de ambos os sexos, a exercer funções em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Portugal, tendo o questionário sido divulgado nas redes sociais com o objetivo de abranger o maior número de pessoas possível.

A amostra dos participantes nos focus group foi constituída por vinte (20) pessoas idosas, de ambos os sexos, sendo dez (10) residentes em instituições lucrativas e dez (10) em instituições do setor solidário, sem fins lucrativos, tendo sido realizadas, no total, quatro sessões, uma por grupo e cada grupo foi constituído por cinco pessoas. A opção pela integração

⁸ Apêndice F

no estudo de entidades dos dois setores teve como objetivo abranger pessoas idosas de realidades socioeconómicas diferentes, assim como profissionais a intervir em contextos de gestão que poderiam influenciar as suas práticas profissionais. Foi solicitado aos responsáveis das instituições que seleccionassem grupo de 5 pessoas idosas com capacidade cognitiva para poderem participar no estudo. Optou-se por esta dinâmica devido às características deste grupo, nomeadamente a baixa escolaridade e o gosto por atividades grupais.

As dinâmicas de focus groups, realizara-se em quatro instituições situadas em Vendas Novas e em Montemor-o-Novo. Ambas as localidades, pertencem ao distrito de Évora, estão integradas na sub-região do Alentejo Central e respondem a populações de zonas urbanas e rurais. Estas localidades estão inseridas num território marcado pelo progressivo envelhecimento da população e onde as respostas sociais para as pessoas idosas, sobretudo as residenciais, assumem bastante relevância: Montemor o Novo tem 15 estruturas residenciais com capacidade para 461 pessoas idosas e Vendas Novas possui 7 estruturas residenciais com capacidade para 233 pessoas idosas (CIMAC, 2017)

3.1- Caracterização das amostras

Tal como referido anteriormente, para este estudo foram constituídas duas amostras, uma constituída por 20 pessoas idosas e outra por 137 assistentes sociais a exercer funções em estruturas residenciais para pessoas idosas.

Relativamente caracterização das pessoas idosas residentes em instituições, quanto á idade, apenas 5%(N=1) tem menos de 70 anos, os restantes distribuem-se por várias fchas etárias, sendo que uma grande parte 40%(N=8), tem entre 80 e 85 anos e 25% (N=5) têm mais de 91 anos. São maioritariamente viúvos 90% (N=18) e muitos são do sexo feminino 60% (N=12). Quanto às habilitações literárias estas são muito baixas, 35% (N=7) são analfabetos, 45% (N=9) têm o 4º ano, 10% (N=2) têm o 9º ano, 5% (N=1) tem o 12º ano e 5% (N=19) tem o bacharelato. Relativamente ao número de filhos, 45% (N=9) têm apenas 1 filho, 35% (N=7) têm 2 filhos, 15% (N=3) têm 3 filhos e 5% (N=1) têm 4.⁹

Relativamente ao tempo de permanência na instituição, a maioria das pessoas idosas está a residir nas instituições há menos de 4 anos ou seja 30% (N=6) residem há menos de um ano, 25% (N=5) entre 1 e 2 anos, 30% (N= 6) entre 3 e 4 anos, 10% (N=2) entre 5 e 6 anos e 5% (N=1) mais de 7 anos.

A maior parte das pessoas idosas que participaram na dinâmica de focus groups, são do

⁹ Apêndice B

sexo feminino, viúvos, têm mais de 81 anos, têm uma escolaridade muito baixa e residem na instituição há menos de 2 anos e têm um ou dois filhos.

Relativamente á amostra dos assistentes sociais é um grupo maioritariamente feminino em que maior parte tem entre 35 a 54 anos. Ou seja, relativamente à idade, podemos considerar que os indivíduos estão distribuídos pelos diferentes grupos etários, sendo que o grupo que tem mais indivíduos é o dos 35 aos 44 anos e representa 39,4% (N= 54) da amostra, seguidamente está o grupo entre os 25 e os 34 anos com 33,6% (N= 46), e posteriormente o grupo entre os 45 e os 54 anos com 16,1% (N=22). Quanto ao sexo 95,6% (N=131) são do sexo feminino.¹⁰

Quadro 2- Dados profissionais

Habilitações	N(137)	%(100)
Licenciatura	82	95,6%
Mestrado	33	3,6%
Pós-graduação	22	0,7%
Há quantos anos exerce a profissão		
Menos de 1 ano	10	7,3%
1-5 anos	39	28,5%
6-10 anos	21	15,3%
11-15 anos	33	24,1%
16-20 anos	20	14,6%
Mais de 21 anos	14	10,2%
Há quanto tempo exerce funções na área das pessoas idosas		
Menos de 1 ano	8	5,8%
1-5 anos	39	28,5%
6-10 anos	28	20,4%
11-15 anos	28	20,4%
16-20 anos	21	15,3%
Mais de 21 anos	13	0,5%
Função exercida		
Animadora	1	0,7%
Assistente social	36	26,3%
Cozinheira	1	0,7%
Diretor(a) Técnico(a)	98	71,5%
Gerente	1	0,7%
Regime de trabalho		
Full-time	131	95%
Part-time	6	4,4%

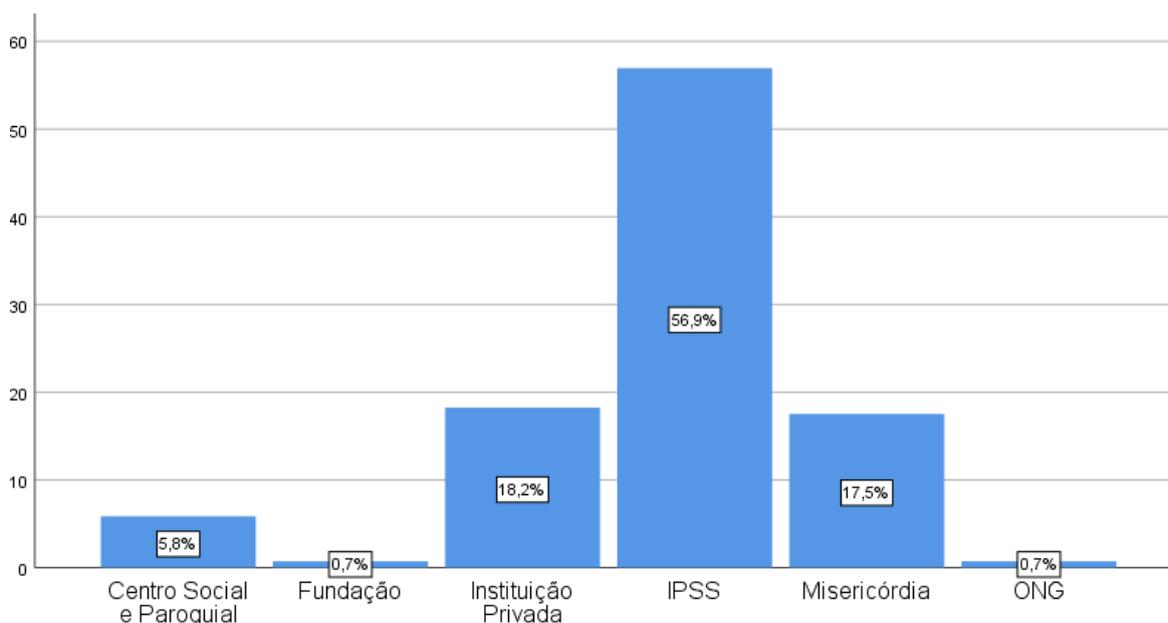
O quadro 2, faz referência aos dados profissionais dos inquiridos. No que respeita às habilitações literárias, a maior parte dos indivíduos são licenciados, mais concretamente 95,6%

¹⁰ Apêndice B

(N= 82), 3,6% (N=33) têm mestrado e 0,7% (N=22) têm pós-graduação. Relativamente ao tempo de serviço, a maior parte dos inquiridos tem entre 1 e 20 anos de serviço e, sendo que 28,5% (N=39) dos indivíduos têm entre 1 e 5 anos de serviço, 24,1% (N=33) tem entre 11 e 15 anos, 15,3% (N=21) têm entre 6 e 10 anos e 14,6% (N=20) têm entre 16 e 20 anos. Quanto ao tempo em que trabalham com pessoas idosas, verificou-se que a maioria também está entre 1 e 20 anos de serviço, 28,5% (N=39) dos indivíduos trabalham há mais de 1 ano e menos de 5 anos, 20,4% (N=28) trabalham há mais de 6 e menos de 10 anos, 20,4% (N=28) têm entre 11 e 15 anos de serviço com pessoas idosas e 15,3% (N= 21) têm entre 16 e 20 anos.

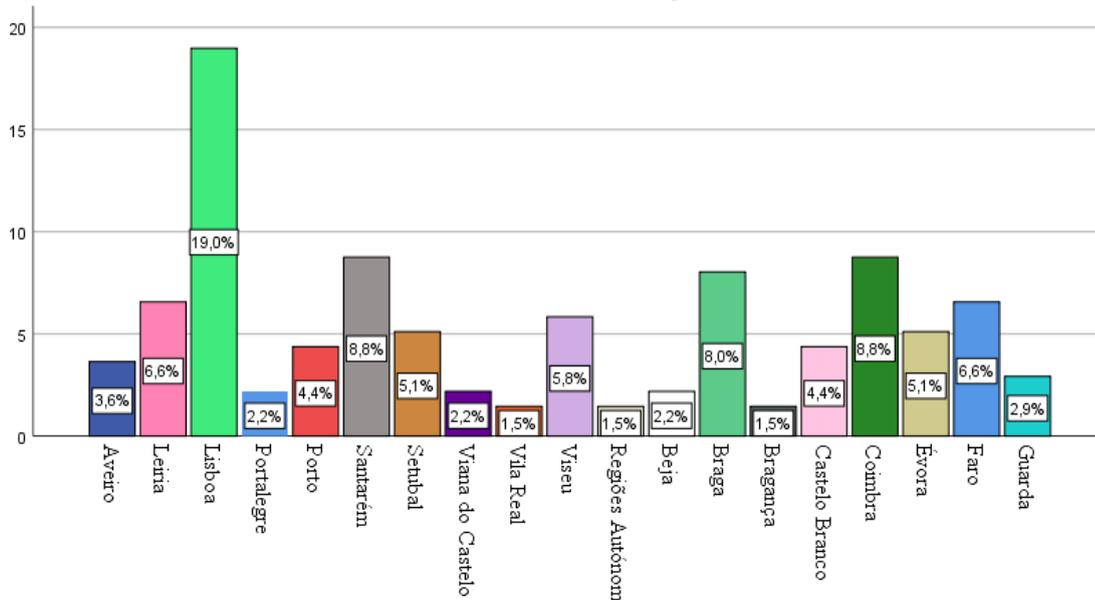
A maior parte dos inquiridos, exerce a função de diretor técnico 71,5% (N= 98), há também alguns que exercem a função de assistente social 26,3% (N= 36). Quanto ao regime de trabalho verifica-se que a maioria 95% (N=131) trabalha em full-time.

Gráfico1- Tipo de instituição em que exerce funções



O gráfico 1, distingue tipo de instituições aonde os inquiridos exercem funções. Verifica-se que mais de metade dos indivíduos 56,9% (N=78) trabalham numa IPSS, 18,2% (N=25) exercem funções em instituições privadas, 17,5% (N=24) trabalham em misericórdias e os restantes exercem funções num Centro Paroquial ou numa ONG.

Gráfico 2- Distrito em que exerce funções



O gráfico 2, faz referência ao distrito aonde os inquiridos exercem funções. Verifica-se que 19% (N=22) trabalham no distrito de Lisboa. Quanto aos distritos de Santarém e de Coimbra ambos tiveram 8,8% (N=12) dos inquiridos, o distrito de Braga teve 8% (N=11), Leiria e Faro tiveram 6,6% (N=9), Viseu teve 5,8% (N=8) e Setúbal 5,1 % (N=7). Os restantes inquiridos dividiram-se por vários distritos. Temos uma amostra que se distribui pelos vários distritos de Portugal sendo que o distrito de Lisboa é o que tem mais inquiridos.

A maioria dos inquiridos são licenciados, o tempo de serviço varia bastante e o tempo em que exercem funções na população idosa também. São maioritariamente diretores Técnicos e trabalham a full-time. Grande parte dos indivíduos trabalham numa IPSS, há também bastantes indivíduos a exercer funções em misericórdias e instituições privadas. A maior parte dos inquiridos exerce funções no distrito de Lisboa.

4- Procedimentos Éticos

No que respeita a procedimentos éticos, esta investigação teve em conta o princípio da responsabilidade, uma vez que se respeitou a autodeterminação de qualquer um dos participantes. Foram tomadas também as devidas medidas para garantir que os participantes não tenham, riscos a nível físicos e psicológicos uma vez que foi garantido o seu anonimato. O princípio da honestidade também foi assegurado, uma vez que todo o processo investigatório foi completamente transparente e todos os resultados são verídicos. A investigação teve também em conta o princípio da fiabilidade e do rigor, uma vez que todos os dados foram tratados meticulosamente de uma forma rigorosa, integral e imparcial. Obedece ao princípio da objetividade, pois as conclusões baseiam-se em dados comprováveis, que são disponibilizados

ao longo da redação da investigação. Verifica-se também o princípio da integridade, pois não se verificaram conflitos de interesse em toda a investigação.

Há que referir que todos os dados das pessoas que participaram na investigação são confidenciais. Foi explicado a todos os intervenientes do estudo a finalidade do estudo para que estes pudessem compreender o âmbito aonde os dados foram utilizados.

Os assistentes sociais declararam que autorizam a recolha e tratamento de dados fornecidos no questionário. Declararam também tiveram conhecimento que a participação no estudo é voluntária.

As pessoas idosas assinaram a declaração de consentimento informado, que refere que as pessoas idosas tiveram conhecimento que a participação neste estudo é voluntária, e que todos os dados fornecidos serão confidenciais e anónimos. Autorizaram também a gravação de áudio da dinâmica de focus group que lhes foi sugerida. As dinâmicas, foram realizadas em salas fechadas em que só estavam presentes a investigadora e as pessoas idosas. Foi também entregue em todas as instituições uma declaração que explica o âmbito da investigação.

Devido a questões de confidencialidade optou-se também por não identificar as instituições aonde residem as pessoas idosas.

CAPÍTULO 5- Apresentação e discussão dos dados

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados recolhidos tanto nos questionários como na dinâmica de focus groups. Relativamente à apresentação e discussão de dados quantitativa esta divide-se nos seguintes grupos: direitos humanos e envelhecimento, mudanças sociais e família e promoção de direitos humanos em estruturas residenciais. A apresentação e discussão de dados qualitativa dividiu-se nos seguintes pontos: família e sociedade, acolhimento e adaptação à instituição, vida na instituição e dimensões de liberdade, autonomia e autodeterminação no quotidiano

Com este capítulo pretende-se verificar até que ponto os direitos humanos são conhecidos e respeitados nas estruturas residenciais, a influência da família no quadro geral das mudanças sociais e no âmbito do cuidado e proteção dos membros mais velhos, assim como a identificação de pontos fortes e fragilidades no âmbito da intervenção com os residentes em estruturas de acolhimento residencial. Por fim, apresentam-se elementos a considerar e a respeitar nas estruturas residenciais, consentâneas com a promoção de direitos humanos.

1-Direitos Humanos e Envelhecimento

Tal como referido anteriormente, a Declaração Universal dos Direitos do Homem é considerada como fundadora do que atualmente se entende como Direitos Humanos (Tavares, 2011). Após a declaração, foram aprovados outros documentos que constituíram várias gerações de direitos. Estes direitos tornaram-se essenciais a nível internacional mesmo tendo em conta as várias culturas existentes (Bedin, 2002).

A nível dos Direitos Humanos e sua relação com os direitos das pessoas idosas há que referir que em Portugal, escreve-se muito pouco sobre este tema, logo não existe muita investigação sobre o tema. Pode-se sempre considerar que ao se desenvolver um direito para as pessoas idosas, este pode ser um fator diferenciador prejudicando o princípio da igualdade de tratamento e a autonomização de um grupo. Este tipo de perspetivas poderá contribuir para a invisibilidade das pessoas idosas. Há que perceber que, sendo um grupo mais vulnerável, acaba por ter algumas necessidades que carecem de regulamentação (Faria, 2015). Contudo, *“o movimento de luta pelos direitos dos Idosos tem vindo a afirmar-se e impor-se sociopoliticamente, rejeitando a sua inutilidade e paternalismo. Porém em Portugal ainda está muito aquém dos países que primeiro iniciaram a transição demográfica, tendo mesmo, com a crise económica havido um retrocesso (Azereido2016 p. 72)”*

Quadro 3- Declaração Universal dos Direitos do Homem

Discordo totalmente		Discordo parte	em Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo Totalmente
A Declaração Universal dos Direitos do Homem define e promove os Direitos Humanos	N (137) 0	3	5	34	95
	%(100) 0	2,2%	3,6%	24,8%	69,3%
Os direitos das pessoas idosas estão salvaguardados pela legislação existente	N (137) 5	65	9,0	44	14
	%(100) 3,6%	47,4%	6,6%	32,1%	10,2%
Criar legislação específica para a promoção dos direitos das pessoas idosas é um fator discriminatório	N (137) 73	33	11	17	3
	%(100) 53,3%	24,1%	8,0%	12,4%	2,2%
Criar legislação específica para a promoção dos direitos das pessoas idosas pode constituir um marco importante na promoção dos Direitos Humanos	N (137) 3	2	9	29	94
	%(100) 2,2%	1,5%	6,6%	21,2%	68,6%
O conceito de dignidade está inteiramente ligado à Declaração Universal dos Direitos do Homem	N (137) 4	5	21	36	71
	%(100) 2,9%	3,6%	15,3%	26,3%	51,8%

O quadro 3, representa a opinião dos indivíduos sobre a declaração universal dos Direitos do Homem. Podemos considerar que, 94,1% (N=129) dos inquiridos acreditam que a declaração universal dos direitos do homem define e promove os Direitos Humanos. A percentagem de inquiridos que refere que os direitos humanos das pessoas idosas estão salvaguardados pela legislação existente é apenas de 42,3% (N=58), muitos, 51% (N=70) referem que esta não protege as pessoas idosas, há também 8,0% (N=11) que não têm uma opinião definida. Quanto à criação de uma legislação específica, verifica-se que muitos inquiridos, 77,4% (N=106), referem que criar legislação específica para as pessoas idosas não é um fator discriminatório. A maior parte dos indivíduos, 89,8% (N=123), refere também, que criar legislação específica pode ser um marco importante na promoção dos direitos humanos nesta faixa etária. A maioria dos indivíduos, 78,1% (N=107) também acredita que o conceito de dignidade está diretamente relacionado com a declaração Universal dos Direitos do Homem. Nota-se uma concordância com as fontes bibliográficas referidas ao longo deste trabalho que evidenciam uma necessidade de criação de legislação específica tendo em conta as vulnerabilidades que podem existir nas pessoas idosas.

Quadro 4– Conhecimento e análise de instrumentos orientadores na área dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas

	N (137)
Declaração Política e Plano de Ação Internacional de Madrid	11
Declaração Sobre o Envelhecimento Aprovada pela Assembleia Nacional das Nações Unidas	60
Plano de Ação de Viena 1982	14
Resolução 46/91 aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas	23
Todos os documentos	20
Nenhum documento	51

O quadro 4 menciona os instrumentos orientadores na área dos Direitos Humanos das pessoas idosas, que os inquiridos já tiveram oportunidade de analisar. Verifica-se que o instrumento mais analisado pelos indivíduos (N= 60) foi a Declaração Sobre o Envelhecimento Aprovada pela Assembleia Nacional das Nações Unidas. Há também muitos indivíduos que não analisaram nenhum dos documentos (N=51).

Muitos indivíduos, defendem que a Declaração Universal dos Direitos do Homem define e promove os direitos humanos , aborda também o conceito de dignidade. Referem também que a legislação existente não protege as pessoas idosas e que seria importante criar legislação específica, pois esta não constitui um fator discriminatório. Com este estudo verificou-se também que embora exista legislação específica para esta faixa etária há bastantes inquiridos que referem que nunca a analisaram estes documentos.

Tal como foi referido anteriormente, o conceito de dignidade está diretamente relacionado com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. As pessoas idosas têm direito a viver com dignidade e segurança, não são aceitáveis casos de exploração nem de maus tratos. Têm direito a ser tratados dignamente independentemente da sua idade, sexo, raça, etnia ou incapacidade. (Instituto da Segurança Social, 2010)

Há vários princípios que se podem associar ao conceito de dignidade, neste estudo destacamos os seguintes: direito a cuidados, direito a decidir, direito á saúde, direito á sexualidade, respeito pela vida familiar e não discriminação.

Quanto ao direito a cuidados, verifica-se que algumas pessoas idosas conseguem ser independentes nas atividades da vida diária, porém há muitos que têm algum nível de dependência que pode ser originada por diversas doenças crónicas. Assim as pessoas idosas têm direito a ser cuidadas por cuidadores formais ou informais (Figueredo, 2007).

O direito a decidir é muito discutível, uma vez que muitas vezes as pessoas idosas têm as

faculdades cognitivas diminuídas, por medicamentos que podem causar esse tipo de problemas, por falta de diagnósticos ou por falta de sensibilidade dos cuidadores. Há um certo paternalismo quando se encara a terceira idade como uma segunda infância, para evitar este paternalismo e neste caso deve-se ter em conta as preferências que estes tinham anteriormente (Battin, Margaret Pabst, 2009). Quando a capacidade cognitiva não está afetada, as pessoas idosas deverão usufruir plenamente do direito de decisão.

As pessoas idosas têm direito à promoção de saúde, prevenção e tratamento adequados para as suas doenças. Quando há uma doença crónica, é também necessário que se implementem medidas que evitem recaídas. É importante, que as pessoas idosas não sejam discriminadas nos planos de saúde devido à sua idade e que em situação de doença tenham acesso gratuito aos meios de mobilidade (Pinto, 2012).

A sexualidade nas pessoas deve ser considerada um tema muito relevante para esta faixa etária, uma vez que o prazer e o amor fazem com que as pessoas se tornem mais felizes. Nas pessoas idosas continua a haver vontade sexual. Devido a questões físicas há uma diminuição da frequência e um aumento da cumplicidade, da ternura, do toque, ou seja, do carinho. Muitas vezes nas estruturas residências a atividade sexual das pessoas idosas é esquecida ou ridicularizada. As pessoas idosas têm direito à sua sexualidade sem dogmas e sem tabus (Nunes & Menezes, 2014).

Relativamente ao direito à vida familiar há que mencionar que as pessoas idosas têm o direito de viver com a sua família que os deve proteger, assim modo que os seus cuidadores deverão gozar de condições legais para terem mais recursos para conseguirem cuidar das pessoas idosas (Pinto, 2012)

A discriminação social contra as pessoas idosas é causada pelos preconceitos existentes relativos a idade, são rotulados de inúteis, senis ou doentes, mesmo quando não têm qualquer tipo de incapacidade. Cria-se assim uma visão negativa do envelhecimento que faz com que o risco de exclusão aumente. É muito importante que se trabalhe para criar uma sociedade mais justa que permita uma maior participação das pessoas idosas na vida social e familiar, melhorado a sua autoestima, evitando situações de isolamento, doença e exclusão social (Pardal, 2014).

Quadro 5- Respeito pelos princípios associados ao conceito de dignidade em contexto institucional

	N(137)
Direito a cuidados	40
Direito a decidir	107
Direito à saúde	21
Direito à sexualidade	73
Respeito pela vida familiar	20
Não discriminação	13

Foi solicitado aos inquiridos que referissem os quatro princípios associados ao contexto de dignidade que são mais desrespeitados em contexto institucional (quadro 5). Os princípios mencionados foram os seguintes: direito a decidir (N=107), Direito a sexualidade (N=73), direito a cuidados (N= 40), direito à saúde (N=21).

Verifica-se que, segundo os inquiridos, os direitos relacionados com a dignidade que são mais desrespeitados em contexto institucional são, o direito a decidir e o direito á sexualidade. Há que salientar que após a análise das respostas do grupo das pessoas idosas e dos assistentes sociais, verificou-se o que o direito a decidir não é vivido na sua plenitude nas estruturas residenciais.

Quadro 6- Aspetos a serem alterados na sociedade portuguesa para dignificar o envelhecimento

	N (137)
Maior promoção do envelhecimento ativo	93
Mais adaptações a nível do serviço nacional de saúde	84
Mais apoios sociais	76
Mais estruturas residenciais para pessoas idosas	43
Mais serviços de apoio domiciliário	35
Mais centros de noite	31
Mais Centros de Dia	16
Adiamento da idade da reforma	15
Maior consciencialização da população em geral face ao envelhecimento	2
Combate a corrupção nas instituições	2
Legislação sobre afetação de recursos humanos em instituições	2
Adequação das respostas sociais às necessidades das pessoas idosas	2
Valorização profissional	2
Educação para o respeito das pessoas idosas	2
Reformulação da organização das respostas sociais existentes e criação de uma verdadeira revolução nas culturas organizacionais	1
Prevenção e preparação do envelhecimento apostando numa política de longevidade	1

Foi solicitado aos inquiridos que selecionassem três fatores que devem ser alterados na sociedade portuguesa para dignificar o envelhecimento populacional (Quadro 6). Os fatores mais mencionados foram: maior promoção do envelhecimento ativo (N=93); mais adaptações a nível do serviço nacional de saúde (N= 84) e mais apoios sociais (N= 76).

Quanto a alterações sociais para dignificar o envelhecimento estes privilegiam a promoção do envelhecimento ativo, adaptações no sistema nacional de saúde e mais apoios sociais. É de notar que os assistentes sociais apontam soluções mais genéricas, em que só o envelhecimento ativo é que pode ter uma ligação mais direta com as suas funções, em detrimento de todas as modificações que podem ser realizadas nas instituições aonde exercem funções.

Quanto ao envelhecimento populacional, tal como já foi referido anteriormente, é um dos principais fenómenos demográficos e sociais das sociedades atuais. O caso português tem uma agravante, uma vez que há um duplo envelhecimento, ou seja, há um grande aumento do número de idosos e uma diminuição do número de jovens. (Camacho, 2021).

Em Portugal, segundo os resultados dos Censos 2021, referenciados a 19 de abril, verifica-se uma diminuição da população jovem e um aumento da população idosa. O índice de envelhecimento também cresceu e existem 182 idosos por cada 100 jovens o envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar pois em 2011 este índice era de 128 idosos para cada 100 jovens. Quando se faz a análise por municípios verifica-se que há uma dicotomia entre o litoral e o interior do país. Os territórios mais envelhecidos são a região centro e a região norte. Estas regiões têm 229 e 219 idosos por cada 100 jovens. As regiões menos envelhecidas são a região autónoma dos Açores, a área metropolitana de Lisboa e a região autónoma da madeira que têm 113, 151 e 157 idosos para cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2022)

Atualmente existe uma visão pessimista do envelhecimento. Embora as sociedades europeias sejam bastante envelhecidas, este continua a ser visto como uma experiência de vida indesejável (Pinto, 2012).

Esta é uma faixa etária mais vulnerável, porém esta pode aumentar ou diminuir tendo em conta alguns fatores, tais como: doenças, incapacidade, estilo de vida entre outros. Há uma passagem de um estilo de vida ativo, para um estilo de vida passivo o que em alguns contextos pode levar à discriminação destas pessoas (Camacho, 2021).

Tendo em conta que muitas das pessoas idosas necessitam de cuidados, é necessário dotar os cuidadores formais e informais de competências para conseguirem desempenhar o seu papel. O programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas de 2004, já referia a necessidade de orientar os cuidados no que diz respeito as suas competências. Assim devem conhecer as ajudas técnicas de que poderão dispor e a sua forma correta de utilização. É importante que entendam que só

devem dar medicação com prescrição médica, que devem agir com sensibilidade respeitando a morte e o luto. É também relevante que os cuidadores saibam programar o seu trabalho. Os cuidadores também devem saber prevenir acidentes domésticos e saberem identificar casos de maus tratos ou negligência. (Sousa, 2011).

“É preciso ter noção de que a população continuará a envelhecer e perceber que o problema da sociedade portuguesa não é o do envelhecimento da sua população mas o da incapacidade de pensarmos de modo diferente perante uma estrutura populacional que tem outros contornos porque envelhece (Rosa, 2012, p.81).”

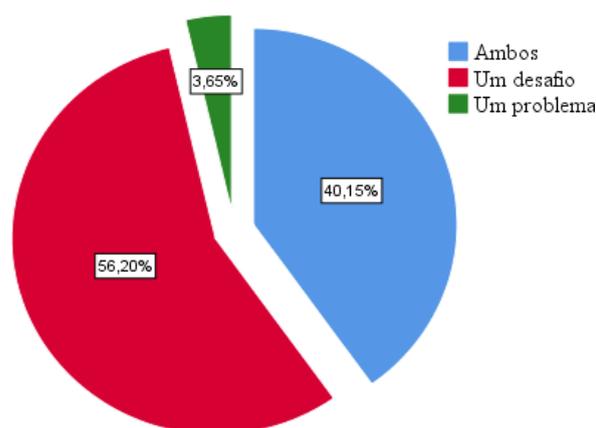
Quadro 7- Perspetivas socio-políticas sobre o envelhecimento

			Discordo parte	em Não concordo nem discordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
O Envelhecimento Populacional é um fator que prejudica a promoção dos Direitos das Pessoas Idosas	N(137)	59	25	28	23	2
	%(100)	43,1%	18,2%	20,4%	16,8%	1,5%
A sociedade Portuguesa está preparada para lidar com o envelhecimento Populacional	N(137)	51	64	7	14	1
	%(100)	37,2%	46,7%	5,1%	10,2%	0,7%
É importante investir em formação na área das pessoas idosas	N(137)	0	0	4	9	124
	%(100)	0	0	2,9%	6,6%	90,5%

O Quadro 7 faz referência ao envelhecimento populacional e podemos considerar que a maior parte dos inquiridos, 61,3% (N=84) refere que este não prejudica a promoção dos direitos das pessoas idosas, apenas 18% (N=25) que este pode ser um fator prejudicial na promoção dos direitos das pessoas idosas. A maioria das pessoas inquiridas, 83,9% (N=115) considera que a sociedade portuguesa não está preparada para lidar com o envelhecimento populacional. Quase todos os inquiridos 97% (N=133) referem que se deveria investir na formação na área das pessoas idosas.

A nível das perspetivas socio-políticas sobre o envelhecimento, a maior parte dos inquiridos, refere que o envelhecimento populacional não prejudica a promoção dos direitos das pessoas idosas, contudo a sociedade portuguesa não está preparada para lidar com o envelhecimento populacional. Eventualmente estas afirmações podem ser antagónicas pois se não há preparação para o envelhecimento populacional será seguramente mais difícil garantir os direitos desta população. Verifica-se também que não há investimento em formação o que pode ser um fator muito prejudicial para a promoção destes mesmos direitos.

Gráfico 3- Envelhecimento populacional, um desafio, um problema ou ambos



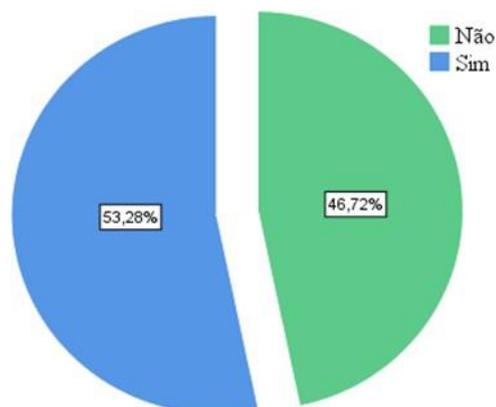
Foi perguntado aos inquiridos se consideravam o envelhecimento populacional um desafio um problema ou ambos (gráfico 3). São poucos 3,65% (N=5) os profissionais inquiridos que consideram o envelhecimento populacional como um problema, 56,20% (N=77) referem que é um desafio e 40,15% (N=55) mencionam que tanto pode ser um desafio como um problema. Um pouco mais de metade dos inquiridos consideram que envelhecimento é um desafio, há também muitos que referem que tanto pode ser um de- safio como um problema. Destaca-se assim uma visão otimista sobre o envelhecimento e uma outra que está entre o otimismo e o pessimismo.

A violência contra pessoas idosas, é considerada como sendo uma relação desigual de poder em que quem tem mais poder nega ao outro o respeito pela diferença, deixa de ser tolerante e restringe as oportunidades. A violência e os maus tratos contra as pessoas idosas têm-se tornado mais expressivas uma vez que o número de pessoas nesta faixa etária também tem vindo a aumentar. Há muitas pessoas idosas a recorrer aos hospitais devido a violência “física, psicológica, sexual, abandono ou negligência. Por norma estes atos são praticados pelas pessoas que lhes prestam os cuidados básicos, porém também podem ocorrer no âmbito da comunidade, quando há pessoas que se aproveitam da sua vulnerabilidade (Carvalho & Rodrigues, 2013).

A nível internacional há vários estudos que referem que a violência praticada pelas famílias contra a pessoa idosa é muito frequente sendo que a maioria são filhos ou cônjuges. Muitas vezes as vítimas, não solicitam apoio por receio de represálias ou para não terem que ir para uma estrutura residencial. Em Portugal a violência doméstica contra pessoas idosas ainda é pouco conhecida (APAV, 2010).

“Destas, como de outras vítimas de violência doméstica, conhecemos hoje a ponta do iceberg. Dado que o próprio processo de envelhecimento pode significar vulnerabilidade física, psíquica e social de muitas vítimas, estaremos diante de um segmento da

Gráfico 4- Tomada de conhecimento de situações de violência contra pessoas idosas pelos assistentes sociais



Quadro 8-Relação do Agressor com a pessoa idosa

	N	%
Colaboradores de uma instituição	9	6,6%
Um/a desconhecido/a	4	2,9%
Um/a familiar	60	43,8%
Omissos	64	46,7%

O gráfico 4 e o quadro 8 fazem referência às situações de violência contra pessoas idosas e 53,28% (N=73) dos inquiridos referem que já tiveram conhecimento deste tipo de situações. A maior parte das vezes, 43,8% (N=60) o agressor foi um familiar.

Ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidas algumas medidas com o objetivo de promover os direitos das pessoas idosas, contudo ainda se verificam alguns casos de privação de direitos. Por vezes estas pessoas são sujeitas a vários tipos de violência pela família, pelas instituições e pela comunidade em geral. Há alguns profissionais que referem que já tiveram conhecimento de situações de violência contra pessoas idosas e os agressores na maior parte dos casos foram familiares. Este é um fator preocupante para a sociedade em geral e há que serem desenvolvidas medidas neste âmbito, percebendo as causas deste tipo de violência para assim se poder atuar.

2-Mudanças sociais, família e sociedade

A imagem da pessoa idosa tem sofrido muitas alterações, se antes era vista com respeito hoje em dia já não é bem assim. O processo de transição de adulto para pessoa idosa, é complicado devido a alterações na imagem, na autoestima e por vezes em questões de saúde. São pessoas que deixam de ser valorizadas e podem até passar a necessitar de alguns tipos de apoio (Azeredo, 2021).

Quadro 9- Pessoa idosa e sociedade

			Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
Estamos perante uma sociedade que valoriza a pessoa idosa	N(137)	31	62	22	20	2
	%(100)	22,6%	45,3%	16,1%	14,6%	1,5%
Os estereótipos em relação às pessoas idosas estão a mudar	N(137)	13	38	38	45	3
	%(100)	9,5%	27,7%	27,7%	32,85	2,2%
As pessoas idosas são um grupo em risco de exclusão	N(137)	2	10	16	68	41
	%(100)	1,5%	7,3%	11,7%	49,6%	29,9%
O Estado português garante o acesso aos serviços indispensáveis para manter a qualidade de vida das pessoas idosas.	N(137)	30	69	19	19	0
	%(100)	21,9%	50,4%	13,9%	13,9%	0

O quadro 9 aborda o envelhecimento e as mudanças sociais. Quanto à valorização das pessoas idosas na sociedade, há um elevado número de inquiridos 67,9% (N=93) que refere que a sociedade não valoriza a pessoa idosa. Relativamente aos estereótipos em relação às pessoas idosas as opiniões já divergem um pouco mais, 32,8% (N=45) referem que concordam em parte que estes estão a mudar, 27,7% (N=38) não concordam nem discordam e 27,7% (N=38) discordam totalmente. A maior parte dos inquiridos, 79,5% (N=109), afirma que as pessoas idosas são um grupo em risco de exclusão. Relativamente aos serviços garantidos pelo Estado português garantir serviços indispensáveis para manter a qualidade de vida a maior parte dos inquiridos, 72,3% (N=99) referem que discordam.

Aqui verifica-se um paradoxo uma vez que os inquiridos não caracterizam o envelhecimento como um problema, porém descrevem as pessoas idosas como um grupo desvalorizado em risco de exclusão. Mencionam também que Estado português não tem serviços que garantam a qualidade de vida desta faixa etária

Tal como já foi referido anteriormente, ao longo dos últimos anos o conceito de família tem-se modificado e hoje em dia a família nuclear tem cada vez menos elementos e há vários

tipos de família como é o caso das famílias monoparentais e das compostas por pessoas do mesmo sexo (Azeredo, 2021).

Atualmente, há sensação de que as pessoas idosas perderam o lugar que os seus antepassados tinham nas famílias. Muitas vezes são percecionados como objetos, que se mudam de posição sem que possam decidir sobre a sua vida. Em alguns casos os familiares chegam a disputar uma herança que ainda nem receberam, mas tentam passar a responsabilidade de cuidar para outros familiares. Há também famílias que assumem que cuidar das pessoas idosas é um dever, cuidando com afeto e criando uma rede familiar de apoio. Estas são famílias com uma tradição de unidade familiar em que todos os elementos se dedicam e se sacrificam para satisfazerem as necessidades das pessoas idosas. Há também pessoas idosas que não têm família ou que não se relacionam com os seus familiares e vivem na completa solidão (APAV, 2010).

Quadro 10- O papel da família nos cuidados à pessoa idosa

Discordo totalmente			Discordo parte	em Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
A família é muito importante na intervenção realizada com a pessoa idosa	N(137)	1	3	1	19	113
	%(100)	0,7%	2,2%	0,7%	13,9	82,5%
De uma forma geral as famílias preocupam-se com o bem-estar das pessoas idosas	N(137)	2	27	9	88	11
	%(100)	1,5%	19,7 %	6,6%	64,2%	8,0%
As alteações sofridas nos modelos familiares ao longo das últimas décadas fazem com que estas tenham menos condições para cuidar das pessoas idosas	N(137)	0	9	6	58	64
	%(100)	0%	6,6%	4,4%	42,3%	46,7%
As alterações ocorridas no mundo do trabalho fazem com que as famílias tenham menos disponibilidade para cuidar das pessoas idosas	N(137)	0	5	1	52	79
	%(100)	0%	3,6%	0,7%	38,0%	57,7%

O quadro 10 faz referência ao papel da família nos cuidados à pessoa idosa. A maior parte dos inquiridos, 96,4% (N=132), refere que a família é muito importante na intervenção realizada com a pessoa idosa. Relativamente ao facto das famílias se preocuparem com o bem-estar das pessoas idosas, 72,2% (N=99) dos inquiridos referem que concordam com esta afirmação. Verificou-se também que 89% (N=122) dos inquiridos, concordam que as alteações sofridas nos modelos familiares ao longo das últimas décadas fazem com que estas tenham menos condições para cuidar das pessoas idosas. Quase todos os inquiridos, 95,7% (N=131), referem que as alterações ocorridas no mundo do trabalho fazem com que as famílias tenham menos disponibilidade para cuidar das pessoas idosas.

Os inquiridos mencionam que a família ocupa um lugar muito importante na intervenção

realizada com as pessoas idosa, preocupando-se com o seu bem-estar. Referem também, que as alterações nos modelos familiares têm como consequência famílias com menos disponibilidade e menos condições para cuidar das pessoas idosas. Há uma crença em como as famílias abandonam as pessoas idosas nas instituições porém nem sempre se comprova e mais de metade dos inquiridos refiram que não costuma acontecer. Afirmam também, que as famílias colocam as pessoas idosas nas instituições para não terem que cuidar delas.

Quadro 11- Papel das famílias na integração das pessoas idosas em Estruturas Residenciais

			Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
Há uma crença comum que as pessoas famílias abandonam as pessoas idosas nas instituições	N(137)	3	19	17	71	27
	%(100)	2,2%	13,9%	12,4%	51,8%	19,7%
De uma forma geral as famílias não abandonam as pessoas idosas nas instituições	N(137)	5	33	29	54	16
	%(100)	3,6%	24,1%	21,2%	39,4%	11,7%
Muitas famílias colocam as pessoas idosas em instituições para não terem que cuidar delas	N(137)	8	26	33	58	12
	%(100)	5,8%	19%	24,1%	42,3%	8,8%
Muitas famílias colocam as pessoas idosas e instituições por não terem condições para cuidar delas	N(137)	1	3	8	83	42
	%(100)	0,7%	2,2%	5,8%	60,6%	30,7%
A institucionalização é um recurso muito utilizado pelas famílias portuguesas	N(137)	0	10	15	70	42
	%(100)	0	7,3%	10,9%	51,1%	30,7%
Na maior parte dos casos a institucionalização é a solução mais adequada	N(137)	3	27	21	61	25
	%(100)	2,2%	19,7%	15,3%	44,5%	18,2%
As políticas portuguesas centram-se demasiado na institucionalização	N(137)	4	23	30	23	57
	%(100)	2,9%	16,8%	21,9%	16,8%	41,6%

O quadro 11, faz referência ao papel das famílias na integração das pessoas idosas em Estruturas Residenciais. A maioria dos inquiridos, 71,5%(N=98), refere que concorda em parte que há uma crença comum que as pessoas famílias abandonam as pessoas idosas nas instituições. Relativamente à afirmação que de uma forma geral as famílias não abandonam as pessoas idosas nas instituições, cerca de metade dos indivíduos 51,1% (N=70) concordam com esta afirmação, 27,7% (N=38) não concordam e 21,2%(N=29) não concordam nem discordam. Cerca de metade os inquiridos, 51,1% (N=70) referem que concordam que muitas famílias colocam as pessoas idosas em instituições para não terem que cuidar delas, 24,1% (N=33) referem que não concordam nem discordam e 24,8% (N=34) discordam. Muitos inquiridos,

90,6% (N=125), concordam com a afirmação de que muitas famílias colocam as pessoas idosas em instituições por não terem condições para cuidar delas. A maioria dos inquiridos, 81,8% (N=112), referem que a institucionalização é um recurso muito utilizado pelas famílias portuguesas. No que respeita a afirmação de que na maior parte dos casos a institucionalização é solução mais adequada, 62,7% (N=86) dos inquiridos referem que concordam e 37,9% (N=52) discordam. Há muitos inquiridos, 58,4% (N=80) que concordam que as políticas portuguesas se centram demasiado na institucionalização, 21,9% (N=30) não concordam nem discordam e 19,7% (N=27) discordam.

As visitas ao idoso em contexto institucional por vezes são escassas e fazem com que a pessoa idosa veja as suas interações limitadas. Muitos idosos acabam por desculpabilizar os filhos pelo abandono dizendo, por exemplo, que têm vidas muito ocupadas (Gardão, 2010).

A institucionalização é um recurso muito utilizado em Portugal e as políticas públicas centram-se muito nela. As famílias colocam as pessoas idosas nas instituições por não terem capacidade para cuidar dela embora nem todos concordem que esta seja a resposta mais adequada.

3- As estruturas residenciais para Pessoas Idosas e a promoção de Direitos Humanos

Em Portugal, há um conjunto de respostas sociais para apoiar as pessoas idosas em situações de vulnerabilidade. Estas respostas sociais são desenvolvidas por várias instituições e têm como objetivo responder às necessidades destas pessoas. São respostas sociais que cumprir legislação específica independentemente de serem entidades lucrativas ou não lucrativas. Há também algumas que funcionam ilegalmente e nestes casos o risco de violação de direitos humanos é maior pois não são fiscalizadas pela entidade competente, ou seja, pelo Instituto da Segurança Social (APAV, 2010).

“É fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.” (Instituto da Segurança Social, 2005).

Quadro 12- Gestão do cotidiano das estruturas residenciais

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
As atividades são realizadas no mesmo local	N(137)	1	1	34	69	32
	%(100)	0,7%	0,7%	24,8%	50,4%	23,4%
As atividades têm horários definidos	N(137)	1	6	22	63	45
	%(100)	0,7%	4,4%	16,1%	46,0%	32,8%
As pessoas idosas são supervisionadas	N(137)	1	1	6	57	72
	%(100)	0,7%	0,7%	4,4%	41,6%	52,6%
O portão/ porta de entrada está trancado	N(137)	7	13	11	29	77
	%(100)	5,1%	9,5%	8,0%	21,2%	56,2%
As entradas e saídas das pessoas idosas são controladas	N(137)	0	2	7	27	101
	%(100)	0	1,5%	5,1%	19,7%	73,7%
As rotinas são organizadas	N(137)	0	0	4	50	83
	%(100)	0	0	2,9%	36,5%	60,6%
As rotinas são repetitivas	N(137)	0	4	31	57	45
	%(100)	0	2,9%	22,6%	41,6%	32,8%
A disposição das pessoas na sala de estar é previamente definida	N(137)	8	9	29	39	52
	%(100)	5,8%	6,6%	21,2%	28,5%	38
A disposição das pessoas na sala de refeições é previamente definida	N(137)	2	1	9	41	84
	%(100)	1,5%	0,7%	6,6%	29,9%	61,3%
As tarefas realizadas pelos colaboradores têm uma limitação temporal definida	N(137)	11	15	35	58	18
	%(100)	8,0%	10,9%	25,5%	42,3%	13,1%
As tarefas realizadas pelos colaboradores são estruturadas	N(137)	1	0	13	65	58
	%(100)	0,7%	0	9,5%	47,4%	42,3%
O processo de comunicação entre as pessoas idosas e os colaboradores há a preocupação de transmitir a informação necessária para o bem estar das pessoas idosas	N(137)	1	4	16	50	66
	%(100)	0,7%	2,9%	11,7%	36,5%	48,2%
Há um processo de comunicação eficiente entre a direção, colaboradores e pessoas idosas	N(137)	1	7	22	67	40
	%(100)	0,7%	5,1%	16,1%	48,9%	29,2%
Há respeito pela religiosidade de cada pessoa idosa	N(137)	2	0	3	30	102
	%(100)	1,5%	0	2,2%	21,9%	74,5%

O quadro 12 menciona a gestão do cotidiano nas estruturas residenciais. Relativamente às atividades realizadas nas instituições, a maior parte dos inquiridos 73,8% (N=101) refere que estas são realizadas frequentemente no mesmo local e 78,8% (N=108) refere que as atividades

têm horários definidos. No que respeita à supervisão das pessoas idosas, 93,9% (N=129) dos inquiridos referem que estas são supervisionadas. Quase todos os indivíduos, 97,1% (N=133), referem que as rotinas são organizadas e 97,1% (N=102) classificam as rotinas como sendo repetitivas. Há também um elevado número de inquiridos, 66% (N=91), que refere que a disposição na sala de estar das pessoas idosas é previamente definida. Na maior parte dos casos, 90,3% (N=125), a disposição das pessoas idosas na sala de refeições também é previamente definida. Cerca de metade dos indivíduos, 55,4% (N=76), referem que as tarefas realizadas pelos colaboradores têm uma limitação temporal definida, 25,5% (N=35) referem que só acontece algumas vezes e 18,9% (N=26) referem que é raro acontecer. A maioria dos inquiridos, 89,7% (N=103), refere que as tarefas realizadas pelos colaboradores são estruturadas. Os inquiridos afirmam também que na maior parte dos casos, 84,7% (N=116), no processo de comunicação entre as pessoas idosas e os colaboradores há uma preocupação de transmitir a informação necessária para o bem estar das pessoas idosas. Há também um elevado número de inquiridos, 78,1% (N=107), que refere que há um processo de comunicação eficiente entre as pessoas idosas e os colaboradores. A maioria dos inquiridos, 96,4% (N=132), refere que a religiosidade de cada pessoa idosa é respeitada.

De uma forma geral as atividades são por norma realizadas no mesmo local, têm horários definidos e são supervisionadas. As rotinas são organizadas e repetitivas o que se comprovou em ambas as amostras. Há uma disposição predefinida na sala de estar e na sala de refeições. As tarefas, são estruturadas e para metade dos inquiridos são limitadas temporalmente. Relativamente ao processo de comunicação entre colaboradores e pessoas idosas este é eficiente e há uma preocupação em transmitir toda a informação necessária. Há também respeito pela religiosidade de cada um. Por um outro lado verifica-se que as portas ou portões de acesso ao exterior estão fechados e as saídas são controladas.

Segundo Max Weber a burocracia ideal, inclui a subordinação a alguma autoridade tendo em conta regras muito bem definidas com documentos escritos. É definida uma hierarquia em que estão explicitas as funções de cada um. Importa também referir que se baseia na especialização dos colaboradores através da formação e que obriga a uma separação entre a vida privada e o trabalho. A burocracia não tem que ser negativa mas está associada a um processo de racionalização (Neves, 2002).

Gráfico 5- Prevalência de uma organização burocrática nas instituições

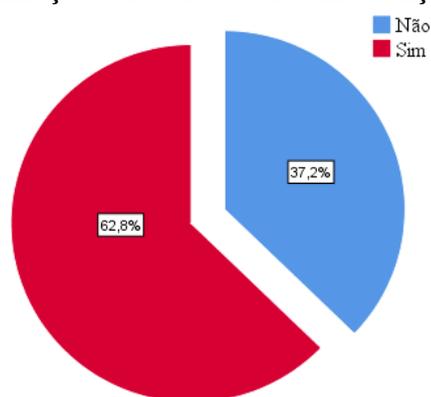
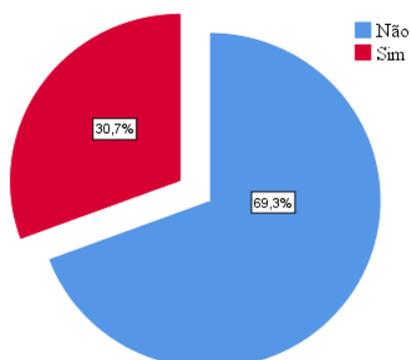


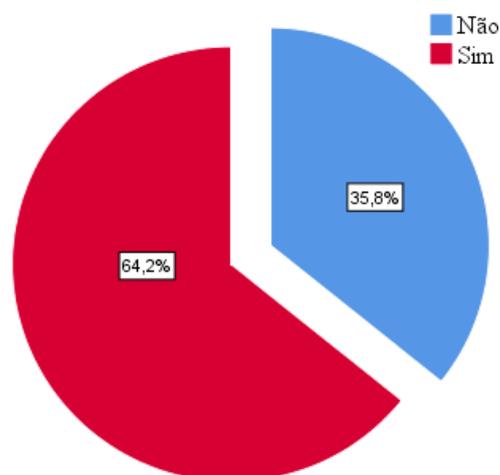
Gráfico 6- Relação de poder entre os dirigentes e as pessoas idosas



Relativamente à prevalência de uma organização burocrática (gráfico 5) há um número razoável de indivíduos, 62,8% (N=86), refere que na instituição aonde exerce funções há a prevalência de uma organização burocrática. No que respeita às relações de poder entre os dirigentes e as pessoas idosas (gráfico 6) há bastantes indivíduos, 69,3% (N=95) que referem que não há uma relação de poder entre os dirigentes e as pessoas idosas. A maioria dos inquiridos caracterizam as instituições aonde exercem funções como burocráticas, porém na maior parte dos casos não, há uma relação de poder entre as pessoas idosas e os dirigentes.

No que se refere ao empowerment nas pessoas idosas é importante salientar que cada pessoa tem as suas potencialidades e o seu perfil de competências, há que respeitar o facto de cada ser humano ser único nas relações com os outros e nas suas vivências. Nestes casos há uma intervenção social que implica processos de readaptação tanto a nível do quotidiano como a nível das metas de vida (Pinto, 2013).

Gráfico 7- Capacidade de promoção do empowerment nas estruturas residenciais



Quadro 13-Formas de promoção de empowerment nas instituições

	N%
As Instituições não promovem o empowerment	75,1%
Promover a autodeterminação das pessoas idosas	75,1%
Promover a equidade	75,1%
Promover as potencialidades da pessoa idosa	4835,0%
Respeitar a liberdade da pessoa idosa	1913,9%
Omissos	4935,8

O gráfico 7 e o quadro 13 abordam a possibilidade, a capacidade e a forma de promover o empowerment nas instituições. Há uma grande parte inquiridos, 64,2% (N=88) que defendem que as instituições têm capacidade para promover o empowerment nas estruturas residenciais. Relativamente às formas de promover o empowerment a maior parte dos inquiridos, 35% (N=48) evidenciam a promoção das potencialidades de cada pessoa idosa, alguns indivíduos, 13,9% (N=19) que referiram a importância de respeitar a liberdade da pessoa idosa. No que se refere à percepção quanto aos mecanismos de proteção e de manutenção do poder da pessoa idosa, muitos acreditam que é possível promover o empowerment nas instituições, enaltecendo as potencialidades e a liberdade de cada pessoa idosa. A maioria refere que as instituições promovem o empowerment.

A integração da pessoa idosa numa instituição depende de variados fatores como é o caso

da saúde da pessoa idosa, do tipo da instituição, se o idoso foi para a instituição de livre vontade e os motivos que causaram a institucionalização. Independentemente do que levou á institucionalização há que perceber que há um conjunto de cuidados que devem ser tidos em conta para facilitar a integração e evitar situações de sentimentos de desânimo e de inutilidade (Pereira, 2012).

Quadro 14- Fatores facilitadores da integração da pessoa idosa numa instituição

	N
No dia da admissão a pessoa idosa ser acompanhada por familiares e/ amigos	91
A instituição desenvolver uma prática de cuidados humanizados	91
A instituição privilegiar a participação da família na vida da pessoa idosa residente	90
A pessoa idosa visitar a instituição antes da sua admissão	81
Os colaboradores conversarem com as pessoas idosas independentemente do seu discurso repetitivo	80
A instituição criar dinâmicas entre colaboradores, pessoas idosas e famílias que promovam o sentido de pertença	71
Nos primeiros dias de vida na instituição a pessoa idosa receber visitas frequentes de familiares e amigos	62
A instituição orientar-se por normas que não limitam a liberdade individual da pessoa idosa	61
As relações de amizade e cumplicidade serem vistas como normais	50
A pessoa idosa conhecer previamente alguns colaboradores ou residentes na instituição	45
Os colaboradores estarem adaptados às perceções que a pessoa idosa tem sobre o espaço e o tempo	39
A instituição desenvolver práticas anti-discriminatórias	29
A instituição implementar atividades religiosas que promovam a religiosidade de cada um	28

Foi pedido aos inquiridos que indicassem os seis fatores que mais facilitam a integração da pessoa idosa numa instituição e referenciaram os seguintes (quadro 16): no dia da admissão a pessoa idosa ser acompanhada por familiares e/ amigos (N=91); A instituição desenvolver uma prática de cuidados humanizados (N=91); A instituição privilegiar a participação da família na vida da pessoa idosa residente (N=90); A pessoa idosa visitar a instituição antes da sua admissão

(N=81); Os colaboradores conversarem com as pessoas idosas independentemente do seu discurso repetitivo (N=80); A instituição criar dinâmicas entre colaboradores, pessoas idosas e famílias que promovam o sentido de pertença (N=71).

Segundo os inquiridos os fatores que facilitam a integração das pessoas idosas nas instituições são: no dia da admissão a pessoa idosa ser acompanhada por familiares e/ amigos; a instituição desenvolver uma prática de cuidados humanizados e a instituição privilegiar a participação da família na vida da pessoa idosa residente.

O contrato de prestação de serviços é assinado após a integração da pessoa idosa na estrutura residencial. Este contrato é estabelecido entre o responsável da instituição e a pessoa idosa ou significativos que podem ser, familiares, responsáveis legais ou amigos. Na altura em que é assinado o contrato também é entregue o regulamento interno. O contrato define os direitos e os deveres das partes e sempre que há alterações é feita uma adenda (Instituto da Segurança Social, 2005) .

Quadro 15- Pessoa que assina contrato de prestação de serviços nas instituições

	N(137)	%
A pessoa idosa	34	24,8%
O familiar responsável	98	71,5%
O representante legal da pessoa idosa	5	3,6%

No quadro 15, são mencionadas as pessoas que costumam assinar o contrato de prestação de serviços. Os inquiridos referem que em muitas instituições, 71,5% (N=98) quem costuma assinar o contrato de prestação de serviços é o familiar responsável. Segundo informação dos inquiridos na maior parte dos casos quem costuma assinar o contrato de prestação de serviços é o familiar responsável, eventualmente este facto pode afetar a autodeterminação das pessoas idosas no que diz respeito a poder decidir sobre o seu futuro.

O regime do maior acompanhado tem como objetivo proteger as pessoas que por diversos motivos não podem tratar dos assuntos da sua vida de forma independente. Este regime pressupõe um conjunto de medidas que apenas podem ser decretadas pelo tribunal e que pretendem evitar que sejam tomadas decisões que estas pessoas sejam prejudicadas pelas suas próprias decisões (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021).

Gráfico 8- Pessoa idosas residentes em instituições que têm um representante legal

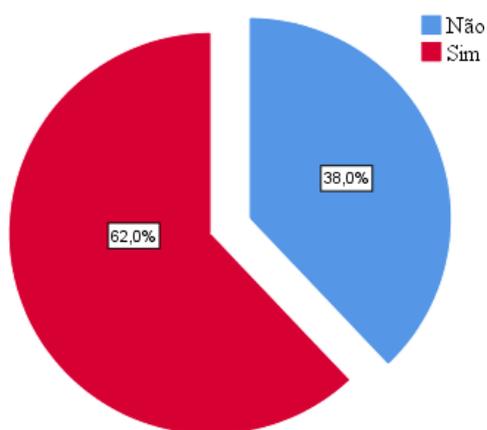
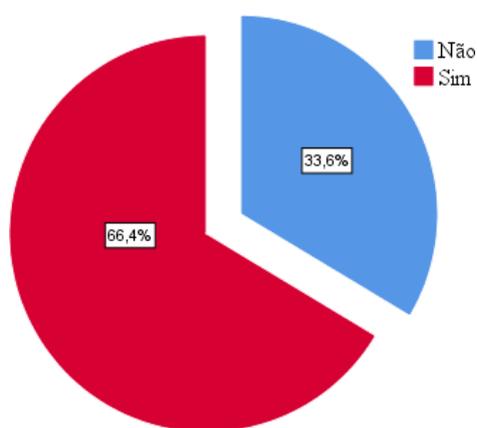


Gráfico 9- Análise do regime do maior acompanhado



Quadro 16- Regime do maior acompanhado

		Omisso	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
O regime do maior acompanhado veio suprir uma lacuna existente na lei portuguesa	N(137)	46	0	6	9	53	23
	%(100)	33,6%	0%	4,4%	6,6%	38,7%	16,8%
O regime do maior acompanhado promove os direitos das pessoas idosas	N(137)	46	1	9	15	49	17
	%(100)	33,6%	0,7%	6,6%	10,9%	35,8%	12,4%
As pessoas idosas e as famílias devem ser informadas sobre o estatuto do maior acompanhado	N(137)	46	0	0	2	23	66
	%(100)	33,6%	0%	0%	1,5%	16,8%	48,2%

Os gráficos 8 e 9 e o quadro 16 fazem referência ao regime do maior acompanhado. Há um elevado número de inquiridos, 62%(N=85) que refere que na instituição aonde trabalham há

peças que têm tutores legais. São também bastantes inquiridos, 66,4% (N=91), que já tiveram a oportunidade de analisar o regime do maior acompanhado.

A maior parte dos inquiridos, 40,5% (N=76) que referiram que já analisaram o regime do maior acompanhado afirmam que esta legislação veio suprir uma lacuna existente na legislação. São também muitos inquiridos, 48,2% (N=66) que acreditam que este regime (N=89) que concordam que as famílias devem ser informadas sobre o estatuto do maior acompanhado.

Relativamente ao estatuto do maior acompanhado a maior parte dos inquiridos, já o analisaram e trabalham em instituições aonde há pessoas idosas que têm tutores legais. Acreditam que este estatuto promove os direitos das pessoas idosas, veio suprir uma lacuna existente na legislação e é importante informar as famílias sobre esta possibilidade.

No que se refere ao potencial de risco de violação dos Direitos Humanos em estruturas residenciais, podemos considerar que se dividem em 14 áreas que são as seguintes: alimentação, vestuário, confinamento, restrição sensorial, saúde, supervisão técnica, amenidades, segurança, privacidade, higiene pessoal, tratamento do corpo, sexualidade, comunicação e gestão patrimonial (APAV, 2010).

Quadro 17- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da alimentação

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Não fornecer variedade de comida e de bebida	N(137)	51	36	33	11	6
	%(100)	37,2%	26,3%	24,1%	8,0%	4,4%
Punir as pessoas idosas através de restrições alimentares	N(137)	116	14	6	0	1
	%(100)	84,7%	10,2%	4,4%	0	0,7%
Dar alimentos muito misturados com sabor pouco atraente	N(137)	60	42	26	5	4
	%(100)	43,8%	30,7%	19%	3,6%	0,7%
Fornecer alimentos mal confeccionados e com tempero desadequado	N(137)	83	29	18	4	3
	%(100)	60,6%	21,2%	13,1%	2,9%	2,2%
Falta de higiene a nível dos pratos, talheres e copos	N(137)	106	25	5	1	0
	%(100)	77,4%	18,2%	3,6%	0,7%	0
Não respeitar as dietas específicas das pessoas idosas	N(137)	80	32	17	3	5
	%(100)	58,4%	23,4%	12,4%	2,2%	3,6%
Usar alimentos que estejam fora do prazo de validade	N(137)	126	8	3	0	0
	%(100)	92%	5,8%	2,2%	0	0

Misturar bebidas sem ter em conta o gosto individual dos residentes	N(137)	104	18	12	1	2
	%(100)	75,9%	13,1%	8,8%	0,7%	1,5%
Usar suplementos em vez de alimentos	N(137)	89	38	8	1	1
	%(100)	65%	27,7%	5,8%	0,7%	0,7%
Marcar utensílios específicos para cada residente sem motivo aparente	N(137)	117	14	3	3	0
	%(100)	85,4%	10,2%	2,2%	2,2%	0

No quadro 17 pretendemos analisar as práticas de violação de Direitos Humanos ao nível da alimentação, nas instituições aonde os inquiridos exercem funções. Verifica-se que um elevado número de inquiridos, 63,5% (N=87) menciona que há variedade a nível de comida e bebida, no entanto 24,1% (N=33) refere que isso nem sempre acontece. A maioria, 94,90% (N=130) menciona que as pessoas idosas não são punidas através de restrições alimentares. Há também um elevado número de inquiridos 74,5% (N=102) que por norma não são dados alimentos muito misturados e com sabor pouco atraente. Segundo a maioria dos inquiridos 95,6% (N= 131) há higiene a nível de talheres pratos e copos. Grande parte dos indivíduos, 81,80% (N=112), refere que as dietas são espeitadas os alimentos estão dentro do prazo de validade, 97,8% (N=131). São muitos os inquiridos, 89% (N=122), que referem que nas instituições aonde exercem funções não costumam misturar bebidas sem ter em conta o gosto de cada um, não costumam substituir os alimentos por suplementos, 92,7% (N= 127), nem têm utensílios específicos para cada idoso, 95,6% (N=131).

Gráfico 10- Opinião das pessoas idosas sobre as ementas

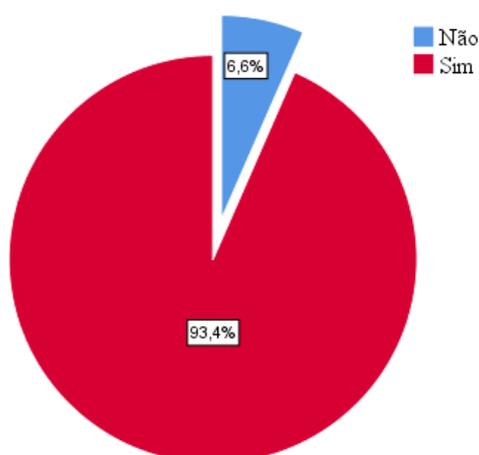
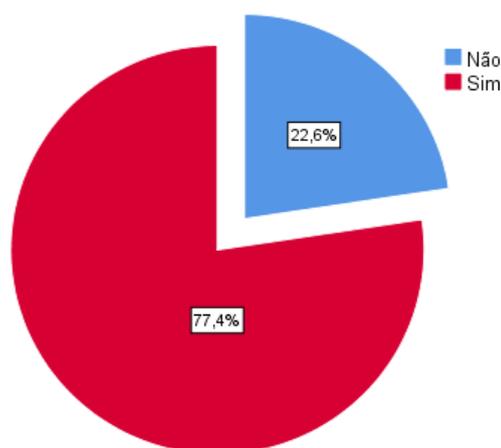


Gráfico 11- A opinião das pessoas idosas é tida em conta na elaboração das ementas



Os gráficos 10 e 11 abordam a opinião das pessoas idosas na elaboração das ementas. Relativamente à alimentação quase todos os inquiridos, 93,4% (N=128) referem que as pessoas costumam exprimir a sua opinião sobre a alimentação. Há também um elevado número de inquiridos, 77,4% (N=106) referem que a opinião dos idosos em relação é tida em conta na elaboração da ementa. Os inquiridos referem maioritariamente que as pessoas idosas costumam exprimir a sua opinião sobre as ementas e em muitas instituições esta é valorizada.

A nível da alimentação os inquiridos referem que de uma forma geral não há violação de direitos humanos. Há variedade e qualidade a nível dos alimentos, não há punições alimentares, a alimentação é bem confeccionada e as dietas são respeitadas. Os utensílios usados têm condições de higiene e não são específicos para cada utente. Não costumam misturar bebidas nem alimentos com sabores pouco atraentes.

Quadro 18- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível do vestuário

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
As pessoas idosas serem vestidas uniformizadamente ou com vestuário em más condições	N(137)	83	40	12	2	0
	%(100)	60,6%	29,2%	8,8%	1,5%	0
Usarem roupas de pessoas que faleceram	N(137)	27	33	57	17	3
	%(100)	19,7%	24,1%	41,6%	12,4%	2,2%
Algum vestuário ser comum	N(137)	101	18	14	3	1
	%(100)	73,7%	13,1%	10,2%	2,2%	0,7%
A marca usada na roupa ser visível	N(137)	58	38	19	8	14
	%(100)	42,3%	27,7%	13,9%	5,8%	10,2%
As pessoas serem obrigadas a	N(137)	120	11	5	1	0

usar robe ou pijama durante todo o dia sem razão aparente	%(100)	87,6%	8,0%	3,6%	0,7%	0
---	--------	-------	------	------	------	---

O quadro 18, faz referência às práticas de violação de direitos humanos ao nível do vestuário. A este nível, verifica-se que a maior parte dos inquiridos, 89,8% (N=123), referem que nas instituições aonde exercem funções, as pessoas idosas não costumam usar uniformes nem vestuário em más condições. A utilização de roupas de pessoas falecidas já é uma realidade um pouco mais frequente, uma vez que 43,8% (N=60) referem que não acontece nunca ou quase nunca e 41,6% (N=57) referem que acontece algumas vezes. De uma forma geral, 86,8% (N=119), os inquiridos afirmam que não há vestuário comum, a marca da roupa não costuma ser visível, 70% (N=96), e as pessoas não têm que usar robe ou pijama durante o dia, 95,6% (N=131).

Os inquiridos afirmam que de uma forma geral não há violação de direitos humanos a nível do vestuário embora em alguns casos utilizem a roupa de pessoas falecidas. As pessoas idosas não costumam usar uniformes nem vestuário comum. O vestuário costuma ter boas condições, não usam pijama durante o dia e a marca da roupa também não costuma ser visível. Já as pessoas idosas referem que podem escolher o vestuário do dia a dia.

Quadro 19- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível do confinamento

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Pessoas Idosas fechadas em quartos	N(137)	91	31	12	3	0
	%(100)	66,4%	22,6%	8,8%	2,2%	0
Pessoas idosas que não podem sair da estrutura residencial embora a sua situação clínica o permita	N(137)	64	37	22	8	6
	%(100)	46,7%	27,0%	16,1%	5,8%	4,4%
Uso de objetos imobilizadores sem justificação	N(137)	98	32	5	0	2
	%(100)	71,5%	23,4%	3,6%	0	1,5%
Deixar os residentes muito tempo sentados ou deitados	N(137)	46	49	28	7	7
	%(100)	33,6%	35,8%	20,4%	5,1%	5,1%
Não movimentar as pessoas acamadas com a regularidade necessária	N(137)	59	47	22	4	5
	%(100)	43,1%	34,3%	6,1%	2,9%	3,6%

O quadro 19 faz referência às práticas de violação de Direitos Humanos ao nível do confinamento. Segundo 89% (N=122) dos inquiridos, não é prática comum as pessoas idosas serem fechadas em quartos. Há também 70% (N=101) dos inquiridos, que mencionam que não é comum as pessoas idosas não poderem sair da estrutura residencial, mesmo que a sua situação

clínica o permita. Quase todos os inquiridos 94,9% (N=130) afirmam que objetos imobilizadores não são utilizados injustificadamente. Relativamente aos residentes ficarem muito tempo deitados ou, muitos dos inquiridos, 69,4% (N= 95), referem que nunca ou quase nunca acontece, 20,4% (N= 28), referem que acontece algumas vezes. Há também muitos indivíduos, 77,4% (N= 106), que referem as pessoas idosas acamadas são movimentadas a regularmente, no entanto 6,1 % (N=22) referem que só acontece algumas vezes.

Relativamente ao confinamento os inquiridos relatam que não costumam haver violação de direitos humanos. As pessoas idosas não costumam ser fechadas em quartos, por norma podem sair da estrutura residencial e não são usados objetos imobilizadores injustificadamente. As pessoas acamadas são movimentadas regularmente e os que não estão acamados também não estão sempre sentados. Já as pessoas idosas relatam que saem pouco e quando o fazem é na companhia dos seus familiares.

Quadro 20-Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da participação Social

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Não existem atividades sensoriais estimulantes	N(137)	41	33	43	13	7
	%(100)	29,9%	24,1%	31,4%	9,5%	5,1%
Práticas que inibem a privacidade	N(137)	56	38	33	7	3
	%(100)	40,9%	27,7%	24,1%	5,1%	2,2%
Não potenciar a participação e expressão	N(137)	63	34	28	6	6
	%(100)	46,0%	24,8%	20,4%	4,4%	4,4%
Não abrir a estrutura residencial à comunidade	N(137)	75	34	16	7	5
	%(100)	54,7%	24,8%	11,7%	5,1%	3,6%

No quadro 20, é feita referência às práticas de violação dos Direitos Humanos a nível da participação social. Cerca de metade dos inquiridos, 54% (N= 74), refere que na instituição aonde exercem funções existem atividades são sensorialmente estimulantes, há também um número relevante que inquiridos, 31,4% (N=43), que referem que nem sempre existem atividades estimulantes. Relativamente às práticas que inibem a privacidade há bastantes inquiridos, 68,6% (N=94), que referem que estas nunca ou quase nunca acontecem, no entanto há, 24,1% (N=28) mencionam que por vezes há este tipo de práticas acontecem. Verifica-se que a maior parte dos inquiridos, 70,8% (N=109), refere que é potenciada a participação e a expressão, por sua vez, 20,4% (N= 28) referem que nem sempre acontece. São também bastantes os inquiridos, 79,5%

(N=109) que referem que, as instituições aonde exercem funções são abertas à comunidade.

Os inquiridos referem que a nível da participação social os direitos humanos costumam ser respeitados, embora em alguns casos as atividades nem sempre são estimulantes. Caracterizam as instituições aonde trabalham como sendo abertas à comunidade. De uma forma geral a privacidade costuma ser preservada e é potenciada a participação e a expressão.

Quadro 21-Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da Saúde

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Não proporcionar apoio médico quando necessário	N(137)	102	25	7	1	2
	%(100)	74,5%	18,7%	5,1%	0,7%	1,5%
Não informar a equipa médica sobre as alterações do estado de saúde de um residente	N(137)	86	27	15	6	3
	%(100)	62,8%	19,7%	10,9%	4,4%	2,2%
Não providenciar ajudas técnicas	N(137)	86	27	15	6	3
	%(100)	62,8%	19,7%	10,9%	4,4%	2,2%
Não terem cuidados de saúde preventivos	N(137)	89	31	11	3	3
	%(100)	65,0%	22,6%	8,0%	2,2%	2,2%
Não valorizar as queixas apresentadas pelas pessoas idosas	N(137)	78	36	15	5	3
	%(100)	56,9%	26,3%	10,9%	3,6%	2,2%
Não higienizar próteses dentárias nem óculos	N(137)	72	37	19	5	4
	%(100)	52,6%	27,0%	13,9%	3,6%	2,9%
Usar opiáceos sem prescrição médica	N(137)	113	17	5	0	2
	%(100)	82,5%	12,4%	3,6%	0	1,5%
Não solicitar o consentimento informado sobre alguns tratamentos médico-Cirúrgicos	N(137)	105	19	8	5	0
	%(100)	76,6%	13,9%	5,8%	3,6%	0
Não respeitar o direito ao sigilo	N(137)	88	28	16	3	2
	%(100)	64,2%	20,4%	11,7%	2,2%	1,5%

No quadro 21 são mencionadas as práticas de violação de direitos humanos ao nível da saúde. A maioria dos inquiridos, 93,2% (N= 127) refere nas instituições aonde exercem funções é prestado todo o apoio médico necessário. As equipas médicas, são informadas sobre a alteração do estado de saúde dos utentes, 82,5% (N= 113), e são providenciadas as ajudas técnicas, 82,5% (N=113). Há também cuidados preventivos a nível da saúde, 87,6% (N= 120) e as queixas das pessoas idosas são valorizadas, 83,2% (N=114). Os inquiridos referem também

que há higienização das próteses dentárias e dos óculos, 79,6% (N=109), de uma forma geral refere que não são utilizados opiáceos sem prescrição médica; 94,9% (N=130). Na maior parte dos casos, 95% (N=124) é solicitado o consentimento médico informado sobre tratamentos médicos e também é respeitado o direito ao sigilo, 84,6% (N=116).

Os inquiridos expõem que nas instituições aonde trabalham há respeito pelos direitos humanos a nível da saúde. Referem que são instituições aonde é prestado o apoio médico essencial, há ajudas técnicas, é veiculada a informação necessária à equipa de saúde, as queixas das pessoas idosas são valorizadas e não são administrados opiáceos sem prescrição médica. Há o cuidado de higienizar as próteses dentárias. Para os tratamentos médicos é solicitado o consentimento informado e também há sigilo profissional.

Quadro 22- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da equipa técnica

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Não possuir equipa técnica qualificada	N(137)	77	23	26	5	6
	%(100)	56,2%	16,8%	19,0%	3,6%	4,4%
Não possuir número suficiente de profissionais	N(137)	38	28	50	14	7
	%(100)	27,7%	20,4%	36,5%	10,2%	5,1%
Não proporcionar formação adequada aos trabalhadores	N(137)	38	36	40	15	8
	%(100)	27,7%	26,3%	29,2%	10,9%	5,8%
Não ter pessoal suficiente para situações de emergência	N(137)	34	31	39	21	12
	%(100)	24,8%	22,6%	28,5%	15,3%	8,8%
Não ter uma distribuição adequada do pessoal	N(137)	43	40	39	10	5
	%(100)	31,4%	29,2%	28,5%	7,3%	3,6%
Permitir que os trabalhadores não cumpram o regulamento interno	N(137)	71	41	18	5	2
	%(100)	51,8%	29,9%	13,1%	3,6%	1,5%
Permitir o uso e abuso de poder por parte dos trabalhadores	N(137)	83	37	10	3	4
	%(100)	60,6%	27,0%	7,3%	2,2%	2,9%

No quadro 22, são analisadas as práticas de violação de Direitos humanos ao nível da equipa técnica. Muitos dos inquiridos, 73% (N=100), referem que as instituições aonde trabalham possuem uma equipa técnica qualificada, no entanto 19% (N=26) mencionam que nem sempre acontece. No que diz respeito a não possuir um número suficiente de profissionais 10,2% (N=14), referem que acontece frequentemente, 36,5% (N=50) afirmam que acontece algumas

vezes e 48,1% (N=66) mencionam que nunca ou quase nunca acontece. Relativamente à formação 10,9% (N=15) referem que frequentemente não é proporcionada formação adequada aos trabalhadores, 29,2% (N=40) referem que acontece algumas vezes e 54% (N=74) refere que nunca ou quase nunca acontece. Não ter pessoal suficiente para situações de emergência acontece frequentemente para, 15,3% (N=21) dos indivíduos, 28,5% (N=39) referem que acontece algumas vezes e 47,4% (N=65) mencionam que nunca ou quase nunca acontece. Relativamente à distribuição do pessoal verifica-se que, 60,6% (N=83) referem que esta é adequada e 28,5% (N=39) mencionam que nem sempre é adequada. A maioria dos inquiridos, 81,7% (N=112) refere que os colaboradores são obrigados a cumprir o regulamento interno, e na maioria dos casos, 87,6% (N=120), também não é permitido o abuso de poder por parte dos trabalhadores.

Relativamente aos direitos humanos a nível da equipa técnica, importa referir que uma parte significativa de inquiridos referem, que as equipas nem sempre têm um número suficiente de profissionais, o que leva a que em situações de emergência também não sejam suficientes. Em relação à formação há bastantes inquiridos, que referem que nem sempre é a mais adequada. Estes fatores reunidos podem, eventualmente prejudicar a qualidade dos serviços prestados. Os inquiridos referem também que as equipas técnicas são qualificadas. Os trabalhadores são obrigados a cumprir o regulamento interno e não é permitido o abuso de poder.

Quadro 23-Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível das amenidades

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Instalações com problemas térmicos	N(137)	56	42	31	6	2
	%(100)	40,9%	30,7%	22,6%	4,4%	1,5%
Falta de ventilação	N(137)	81	27	22	5	2
	%(100)	59,1%	19,7%	16,1%	3,6%	1,5%
Mobiliário sujo e degradado	N(137)	37	79	16	4	1
	%(100)	27,0%	57,7%	11,7%	2,9%	0,7%
Mobiliário desadequado para as pessoas idosas	N(137)	76	35	23	2	1
	%(100)	55,5%	25,5%	16,8%	1,5%	0,7%
Colchões sujos, molhados ou deteriorados	N(137)	101	22	11	1	2
	%(100)	73,7%	16,1%	8,0%	0,7%	1,5%

No quadro 23, são referenciadas as práticas de violação de direitos humanos ao nível das

amenidades. Segundo uma grande parte dos inquiridos, 71,60% (N=98), as instalações das instituições aonde exercem funções não têm problemas térmicos, no entanto 22,6% (N=31) referem que há algumas instituições com problemas térmicos. A maioria dos inquiridos, 78,8%, (N=108), refere que nunca ou quase nunca há falta de ventilação. São também muitos, 84,7%, (N=116) que referem também que não costuma haver mobiliário degradado e, 81% (N=111), afirmam que este é adequado. Para 89,9% (N=120) dos inquiridos não costumam haver colchões sujos, molhados nem deteriorados.

Quanto aos direitos humanos a nível das amenidades os inquiridos referem que estes são respeitados. As instalações não têm problemas térmicos, não há falta de ventilação, não há mobiliário degradado nem desadequado. Os colchões costumam estar em boas condições.

Quadro 24- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da segurança

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Equipamentos elétricos em mau estado	N(137)	90	27	14	6	0
	%(100)	65,7%	19,7%	10,2%	4,4%	0
Iluminação desadequada	N(137)	79	32	21	4	1
	%(100)	57,7%	23,4%	15,3%	2,9%	0,7%
Barreiras/condiciona- mentos de acesso	N(137)	100	22	9	5	1
	%(100)	73,0%	16,1%	6,6%	3,6%	0,7%
Equipamento de fogo em mau estado	N(137)	111	21	4	1	0
	%(100)	81,0%	15,3%	2,9%	0,7%	0
Pessoal reduzido durante os fins-de-semana ou durante a noite	N(137)	59	39	23	10	6
	%(100)	43,1%	23,5%	16,8%	7,3%	4,4%
Inexistência de campainhas junto às camas	N(137)	94	22	10	4	7
	%(100)	68,6%	16,1%	7,3%	2,9%	5,1%
Não ter ou ter as saídas de emergência bloqueadas	N(137)	108	10	13	1	5
	%(100)	78,8%	7,3%	9,5%	0,7%	3,6%
Portas trancadas por fora	N(137)	101	18	11	5	2
	%(100)	73,7%	13,1%	8,0%	3,6%	1,5%
Inexistência de sinalização de emergência	N(137)	112	11	10	2	2
	%(100)	81,8%	8,0%	7,3%	1,5%	1,5%
Não proporcionar sessões de	N(137)	61	34	28	8	6

informação sobre segurança para os residentes e trabalhadores	%(100)	44,5%	24,8%	20,4%	5,8%	4,4%
--	--------	-------	-------	-------	------	------

No quadro 24, são referidas as práticas de violação de Direitos Humanos ao nível da segurança. Relativamente a equipamentos em mau estado a maior parte dos indivíduos, 85,4% (N=117), afirma que não costuma existir. No que diz respeito à iluminação desadequada verifica-se que a maioria dos indivíduos, 81,7% (N=111) refere que também não é comum existir. Também não costumam haver barreiras/condicionalismos de acesso, 89,2% (N=122) e o equipamento de proteção contra incêndios também costuma estar em boas condições, 96,3% (N= 132). Relativamente a haver pessoal reduzido durante os fins de semana e durante a noite, a maioria dos indivíduos, 66, 6% (N=98), refere que não costuma acontecer, porém 16,8% (N= 21) menciona que por vezes acontece. Na maior parte dos casos, 84,7% (N=116), existem campainhas junto às camas, há saídas de emergência, 86,1% (N=118), as portas não costumam estar trancadas por fora, 89,8% (N=123), e há sinalização de emergência, 89,8% (N=123). Quanto às sessões de informação sobre segurança a residentes e colaboradores a maior parte dos inquiridos, 69,3% (N=93) refere que estas acontecem, no entanto 20,4% (N=28) mencionam que algumas vezes acontece.

Relativamente aos direitos humanos a nível da segurança os inquiridos referem que estes são respeitados. A iluminação é adequada, os acessos são em condições e os equipamentos de proteção contra incêndios também. Não costuma haver menos trabalhadores durante o fim-de-semana. Há saídas de emergência, há campainhas junto às camas e há sessões de informação sobre segurança para pessoas idosas e colaboradores.

Quadro 25- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da privacidade

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
Haver várias camas num quarto e não existir um biombo ou cortinas para as separar	N(137)	37	23	23	26	28
	%(100)	27,0%	16,8%	16,8%	19,0%	20,4%
Não fechar a porta quando se está a realizar a higiene a uma pessoa	N(137)	54	38	24	13	8
	%(100)	39,4%	27,7%	17,5%	9,5%	5,8%
Não permitir que os residentes estejam sós com os seus familiares e amigos	N(137)	80	39	12	4	2
	%(100)	58,4%	28,5%	8,8%	2,9%	1,5%
Apressar as pessoas idosas na realização das necessidades fisiológicas	N(137)	65	31	31	6	4
	%(100)	47,4%	22,6%	22,6%	4,4%	2,9%

No quadro 25, são referidas às práticas de violação de direitos humanos ao nível da privacidade. No que diz respeito a haver várias camas num quarto, sem existir um biombo ou

uma cortina, 43,8% (N=68) referem que nunca ou quase nunca acontece, 16,8% (N=23) mencionaram que acontece algumas vezes e, 39,4% (N=54), referem que é frequente. Quanto ao facto de os colaboradores não fecharem as portas quando estão a realizar uma higiene, 67,1% (N=92) dos inquiridos referem que não costuma acontecer e 17,5%(N=24) mencionam que acontece algumas vezes. A maior parte dos inquiridos, 86,9% (N=119) refere que é permitido aos residentes estarem a sós com os seus familiares e amigos. Relativamente ao facto de os colaboradores apressarem as pessoas idosas na realização das necessidades básicas verifica-se que a maioria dos inquiridos, 70% (N=96) diz que não acontece, porém há 22,6% (N= 31) que referem que por vezes acontece.

No que diz respeito às práticas de violação de Direitos Humanos a nível da privacidade os inquiridos referem que não costumam existir cortinas nem biombos entre as camas, o que constitui uma violação de privacidade. Por norma os trabalhadores fecham as portas quando realizam higiene, porém ainda alguns que não o fazem. As pessoas idosas podem estar sozinhas com os seus familiares. A maioria dos trabalhadores não costumam apressar as pessoas idosas na realização das suas necessidades básicas, porém há alguns que o fazem.

Quadro 26- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da higiene

	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Dar banho a várias pessoas na mesma água N(137)	129	6	2	0	0
%(100)	94,2%	4,4%	1,5%	0	0
Deixar as pessoas com a fralda suja durante muito tempo N(137)	88	34	11	3	1
%(100)	64,2%	24,8%	8,0%	2,2%	0,7%
Usar as mesmas toalhas e esponjas em vários residentes N(137)	126	8	1	1	1
%(100)	92,0%	5,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Falta de cuidados de higiene em pessoas acamadas N(137)	114	12	9	0	2
%(100)	83,2%	8,8%	6,6%	0	1,5%
Não respeitar o pudor das pessoas idosas N(137)	90	25	14	5	3
%(100)	65,7%	18,2%	10,2%	3,6%	2,2%

No quadro 26, são referidas as práticas de violação de direitos humanos ao nível da higiene. Quase todos os inquiridos, 98,6% (N= 135), referem que não dão banho a várias pessoas com a mesma água. Deixar as pessoas com a fralda suja durante muito tempo também é algo que não acontece com muita frequência, 89% (N=122). Por norma não usam as mesmas toalhas e esponjas para várias pessoas, 97,8% (N=134). A maioria, 92% (N= 126) refere também que não

costuma haver falta de cuidados de higiene nas pessoas acamadas. Quase todos, 84,4% (N= 115), afirmam que é respeitado o pudor das pessoas idosas.

Os inquiridos referem que os direitos humanos a nível da higiene são respeitados. Por norma as pessoas não ficam com a fralda suja durante muito tempo, a água do banho, as esponjas e as toalhas não são partilhadas. Há respeito pelo pudor das pessoas idosas e a higiene das pessoas acamadas é feita com a devida regularidade.

Quadro 27- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível do tratamento do corpo

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Agressões físicas	N(137)	119	14	3	1	0
	%(100)	86,9%	10,2%	2,2%	0,7%	0
Arrastar pessoas idosas das cadeiras ou das camas	N(137)	111	20	5	0	1
	%(100)	81,0%	14,6%	3,6%	0	0,7%
Vestir e despir as pessoas idosas de forma brusca	N(137)	91	35	8	3	0
	%(100)	66,4%	25,5%	5,8%	2,2%	0
Falta de ajuda durante as refeições	N(137)	93	31	10	1	2
	%(100)	67,9%	22,6%	7,3%	0,7%	1,5%
Não satisfazer as necessidades fisiológicas das pessoas idosas quando elas o solicitam	N(137)	62	53	13	6	3
	%(100)	45,3%	38,7%	9,5%	4,4%	2,2%

No quadro 27, são abordadas as práticas de violação de Direitos Humanos ao nível do tratamento do corpo. A maioria dos inquiridos, 98,6% (N= 133), refere que nas instituições aonde exercem funções não costumam existir agressões físicas, também não costumam arrastar as pessoas idosas das cadeiras ou das camas, 95,6% (N=131). Para 91,9% (N=126) dos inquiridos vestir e despir as pessoas idosas de uma forma brusca também é algo que por norma não costuma acontecer. Relativamente à falta de ajuda durante as refeições, verifica-se que a maioria dos inquiridos, 90,5% (N=124), refere que não costuma acontecer. Para 81% (N=115) dos inquiridos não satisfazer as necessidades fisiológicas quando as pessoas idosas o solicitam também não costuma acontecer, contudo há 16,1% (N=22) dos inquiridos que referem que acontece com alguma frequência.

Os inquiridos afirmam que não há violação de direitos humanos a nível do tratamento do corpo. Não costumam haver agressões físicas e as pessoas idosas não costumam ser vestidas e despidas de uma forma brusca. As necessidades fisiológicas são satisfeitas quando as pessoas idosas o solicitam e também costumam ser ajudadas durante as refeições.

Quadro 28- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da Sexualidade

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente
Assédio sexual	N(137)	126	9	2	0	0
	%(100)	92,0%	6,6%	1,5%	0	0
Comentários sexistas e homofóbicos	N(137)	106	20	10	1	0
	%(100)	77,4%	14,6%	7,3%	0,7%	0
Contrariar/impedir relações afetivas e sexuais entre os residentes	N(137)	72	32	18	9	6
	%(100)	52,6%	23,4%	13,1%	6,6%	4,4%

O quadro 28 menciona das práticas de violação de Direitos Humanos ao nível da Sexualidade. Quase todos os inquiridos, 98,6% (N=135), referem que nunca ou quase nunca presenciaram situações de assédio sexual nas instituições aonde exercem funções. Para 92% (N=126) dos inquiridos os comentários sexistas também não são muito comuns. A maioria dos inquiridos, 76% (N=94), refere que não costumam ser contrariadas as relações afetivas e sexuais entre os residentes no entanto 13,1% (N=18), referem que algumas vezes acontece.

No que respeita aos Direitos Humanos a nível da sexualidade, os inquiridos referem que estes são respeitados. Não costuma haver assédio sexual nem comentários sexistas e homofóbicos. São raros os casos em que as relações afetivas e sexuais entre os residentes, costumam ser contrariadas.

Quadro 29- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da religiosidade

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
Desrespeitar os valores morais e religiosos	N(137)	115	16	18	9	6
	%(100)	83,9%	11,7%	13,1%	6,6%	4,4%
Implementar atividades que não contemplem a liberdade religiosa	N(137)	107	18	8	2	2
	%(100)	78,1%	13,1%	5,8%	1,5%	1,5%
Desincentivar a prática religiosa	N(137)	120	12	5	0	0
	%(100)	87,6%	8,8%	3,5%	0	0

O quadro 29 menciona as práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da Religiosidade. A maior parte dos inquiridos, 95,6% (N=131), referem que nas instituições aonde exercem funções os valores morais e religiosos são respeitados e as atividades contemplam a liberdade religiosa, 91,2% (N=125). Também não é desincentivada a prática religiosa, 96,4% (N=132).

A maior parte dos inquiridos refere que os Direitos Humanos a nível da religiosidade

costumam ser respeitados promovendo a liberdade e não é desincentivando a prática religiosa.

Quadro 30- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível da comunicação

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
Gritar com as Pessoas Idosas	N(137)	53	43	35	3	3
	%(100)	38,7%	31,4%	25,5%	2,2%	2,2%
Não esclarecer as pessoas idosas sobre informações por elas solicitadas	N(137)	71	33	25	6	2
	%(100)	51,8%	24,1%	18,2%	4,4%	1,5%
Inventar alcunhas	N(137)	71	31	27	4	4
	%(100)	51,8%	22,6%	19,7%	2,9%	2,9%
Tratar as pessoas idosas por tu	N(137)	37	38	36	15	11
	%(100)	27,0%	27,7%	26,3%	10,0%	8,0%
Infantilizar as pessoas idosas chamando-lhes por exemplo menino	N(137)	56	37	32	6	6
	%(100)	40,9%	27,0%	23,4%	4,4%	4,4%
Tratar as pessoas idosas por avô ou por avó	N(137)	60	34	28	11	4
	%(100)	43,8%	24,8%	20,4%	8,0%	2,9%
Mentir e fazer intrigas	N(137)	71	40	19	6	1
	%(100)	51,8%	29,2%	13,9%	4,4%	0,7%

No quadro 30, são mencionadas as práticas de violação de Direitos Humanos ao nível da comunicação. A maioria dos inquiridos, 70,1% (N=131), referiu que os colaboradores das instituições aonde exercem funções não costumam gritar com as pessoas idosas, no entanto 25% (N=35) referem que por vezes acontece. A maior parte dos idosos, 75,9%

(N=104) são esclarecidos sobre as informações que solicitam, porém 18,2% (N=25) referem que nem sempre acontece. Inventar alcunhas também não é muito comum, 74,4% (N=104), contudo 19,7% (N=25) dos inquiridos referem que algumas vezes são inventadas alcunhas. Tratar as pessoas por tu já é algo mais comum, 54,7% (N=75) referem que nunca ou quase nunca acontece, 26,3% (N=36) referem que acontece algumas vezes, e 18% (N=26) referem que acontece com bastante frequência. No que diz respeito à infantilização das pessoas idosas 67,9% (N=93) dos inquiridos referem que não costuma acontecer, 23,4% (N=32) referem que acontece algumas vezes. Tratar as pessoas idosas por avô ou avó também não é algo muito comum 68,6% (N=94) referem que não costuma acontecer, porém 20,4% (N=28) referem que acontece algumas vezes. Na maior parte dos casos, 81% (N=111), os inquiridos referem que não costumam mentir nem fazer intrigas, no entanto 29,2% (N=19) referem que por vezes há

intrigas e mentiras.

No que respeita a direitos humanos a nível da comunicação há alguns inquiridos que referem que por vezes alguns colaboradores tratam as pessoas idosas por tu. Afirmam também que os colaboradores não costumam gritar com as pessoas idosas e costumam esclarece-los sobre as informações solicitadas. Inventar alcunhas, infantilizar e chamar avô também não costuma acontecer. As mentiras e as intrigas também não são comuns.

Quadro 31- Práticas de violação dos Direitos Humanos ao nível patrimonial

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
Fazer depender o acolhimento de entrega de bens patrimoniais à instituição	N(137)	117	9	8	1	2
	%(100)	85,4%	6,6%	5,8%	0,7%	1,5%
Cobrar gastos de eletricidade	N(137)	131	4	2	0	0
	%(100)	95,6%	2,9%	1,5%	0	0
Retirar dinheiro das pessoas idosas sem o seu consentimento expresso	N(137)	128	2	6	0	1
	%(100)	93,4%	1,5%	4,4%	0	0,7%
Colocar dinheiro das pessoas idosas em contas de colaboradores	N(137)	131	4	1	1	0
	%(100)	95,6%	2,9%	0,7%	0,7%	0
Ser cúmplice quando os familiares gerem o dinheiro das pessoas idosa sem motivo aparente	N(137)	118	8	8	2	0
	%(100)	86,1%	5,8%	5,8%	1,5%	0
Permitir que as pessoas idosas ofereçam recompensas a funcionários da estrutura residencial	N(137)	90	28	16	2	1
	%(100)	65,7%	20,4%	11,7%	1,5%	0,7%

No quadro 31 são referidas as práticas de violação de Direitos Humanos ao nível patrimonial. A maioria dos inquiridos, 92% (N=126) refere que o acolhimento residencial não depende da entrega de bens patrimoniais. Afirmam também que não costumam ser cobrados gastos de eletricidade, 98,5% (N=135), e não costumam retirar dinheiro das pessoas idosas sem o seu consentimento, 94,9% (N=130). Os inquiridos referem também que não costumam colocar dinheiro das pessoas idosas nas contas dos colaboradores, 98,5% (N=135), também não costumam ser cúmplices quando os familiares gerem o dinheiro da pessoa idosa sem motivo aparente, 91,9% (N=126). A maioria dos inquiridos, 86,1% (N=118), refere que nas instituições aonde exercem funções não é permitido que as pessoas idosas ofereçam recompensas a colaboradores, porém 11,7% (N=16) referem que nas instituições aonde exercem funções é permitido.

Relativamente aos direitos humanos a nível patrimonial os inquiridos referem que estes

costumam ser preservados. O acolhimento residencial não depende da doação de bens patrimoniais, não são cobrados gastos com a eletricidade nem é retirado dinheiro das pessoas idosas sem o seu consentimento. Os trabalhadores não são cúmplices quando as famílias gerem o dinheiro das pessoas idosas sem motivo aparente, não costumam receber recompensas nem colocar o dinheiro das pessoas idosas nas suas contas.

4-Família e sociedade

O artigo 3 da Portaria 349/2023 de 13 de Novembro, refere como objetivos de atuação a serem adotados pelas instituições:

- Contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável;
- Oferecer tendo em conta a condição biopsicossocial da pessoa idosa;
- Promover a inclusão social;
- Proporcionar um ambiente seguro, confortável e humanizado;
- Contribuir para a preservação da relação familiar e também com outras pessoas importantes para a pessoa idosa, evitando assim o isolamento
- Proporcionar uma vivência em comunidade preservando o respeito pela individualidade,
- Proporcionar o envolvimento da comunidade no dia a dia da ERPI;
- Promover relações sociais baseadas na convivência, na entreaajuda e no espírito de comunidade.

Tal como foi referido anteriormente, a família ocupa um lugar preponderante na vida da pessoa idosas. Todas as pessoas idosas que participaram na dinâmica de focus groups, descrevem a sua relação com a família como sendo de proximidade porém, nem sempre é uma proximidade física, pois nem todos residem perto mas comunicam com eles regularmente. **V 1-** *"Eu não me posso dar melhor com os meus filhos."* **J3-** *"Eu dou-me muito bem com os meus filhos e tenho um neto pequenino com 5 anos e tenho uma neta."* **MS3-** *"Tenho uma família do melhor de há, noras netos e filho."* **J4-** *"Dou-me bem com todos."*

Relativamente às alterações nas relações familiares após a entrada para a instituição, a maior parte das pessoas idosas refere que não se alteraram, uma até menciona que a relação familiar até melhorou. **MB4-** *"Sim, talvez um bocadinho melhor. Não sei, talvez umas confusões que às vezes havia, não há dúvida nenhuma minha filha. E agora sou mais querida, o que precisa, o que não precisa."* **V1-** *"Há, é a mesma coisa."* **G2-** *"Comigo não."* **MS3-** *"Igual"*.

Quanto à frequência das visitas, a maior parte das pessoas idosas refere que esta está inteiramente relacionada com o facto de residirem longe ou perto porém, apenas cinco, referiram que têm visitas todas as semanas. **C1-** *"Um vem de oito em oito dias, (...) Agora a filha vem duas vezes por semana, mora aqui em Vendas Novas, outro vem todos os meses."* **Ca2-** *"Sou casado, e a minha mulher mora em Cascais mas ela não vem cá, eu telefono todos os dias (...)eu lhe disse é pá, é uma coisa estúpida vires cá porque isto não tem cabimento nenhum."* **M.M3-** *"Liga-me sempre, (...) vem cá muitas vezes"* **J4-** *"A minha filha. As minhas uma está em Moura e outra está no Barreiro. A minha filha é que está em Évora que é aonde eu estava. (...) De 15 em 15 dias."* Podemos verificar que de uma forma geral as famílias são presentes na vida das pessoas idosas quer seja pessoalmente ou por telefone.

As relações com os vizinhos e amigos, na maior parte dos casos extinguiram-se pela distância e também pelo facto de alguns já terem falecido, são poucos os que mantêm relações de amizade fora das instituições, logo a maior parte das visitas que recebem são de familiares. **C 1-** *"Por enquanto só cá veio uma vizinha da minha rua e há outra que vem cá qualquer dia."* **G2-** *"Todos os meus amigos são da idade daquela além, que é minha colega do quarto, e coitados para conduzirem é complicado, não têm vindo por causa da pandemia."* **R3-** *"Pois, eu morava em Cabrela, vim para aqui deixei de conviver com eles e pronto é assim."* **J4-** *"Eu vivia sozinho, não tinha lá amigos. Tenho outros de antigamente, mas esses não vêm."*

No que se refere a visitas ao exterior, as pessoas idosas mencionam que não são muito frequentes, quando o fazem é para passarem algum tempo com a família ou para irem ao médico. **R1-** *"Saio para ir ao mé- dico, fazer exames. No dia da mãe é que fui almoçar à da minha filha."* **G2-** *"Sim, ainda agora quando cá estiveram, os netos vieram-me buscar, passei a tarde com eles."* **MS3-** *"A mãe da Dina (...) ela vai e vem, leva-me à sexta e traz-me à segunda. Tenho uma família muito boa, não sei se há alguém que tenha uma família como eu tenho."* **M4-** *"Exatamente tal e qual, fui passar a noite de Natal com o meu filho mais velho juntaram-se lá todos."*

As pessoas idosas afirmam que têm uma boa relação com a família e que a maioria menciona que esta não se alterou com a entrada para a instituição. Uma das pessoas idosas até refere que esta melhorou e quando a visitam demonstram mais preocupação com o seu bem estar. Já a relação com os vizinhos e amigos em muitos casos extinguiu-se devido à distância e devido ao facto de alguns já terem falecido. As saídas são poucas e por norma são para se deslocarem a equipamentos de saúde ou para passarem algum tempo com os seus familiares. Podemos concluir que as instituições não desenvolvem esforços para que as pessoas idosas possam conviver com a restante comunidade.

5-Acolhimento e adaptação á instituição

O acolhimento numa instituição representa sempre uma mudança na vida da pessoa idosa, há uma transição para um novo ambiente sociocultural que carece sempre de uma adaptação. Neste momento o papel da família é relevante para que sejam mantidos os vínculos sociais significativos Moreno (2023). Por sua vez as instituições também devem desenvolver um conjunto de esforços para minimizar o impacto que tal mudança traz para a vida das pessoas idosas. Para entendermos melhor como se processa o acolhimento nestas instituições tornou-se relevante perceber os motivos destes acolhimentos, quem tomou a decisão e como é realizado o acolhimento.

Quanto às razões da entrada para a instituição a maioria das pessoas refere que foram motivos de saúde, três mencionaram a preocupação dos familiares quanto à segurança e um falou no isolamento. **AS1-** *“Desde que a minha mulher faleceu eu passava dias muito aborrecidos, sozinho e triste. Assim acho muita falta da minha casa mas a esse respeito tenho sempre companhia.”* **CA2-** *“Porque não tinha muita disponibilidade, em casa já era muito limitado, e eu tinha muitas limitações físicas porque eu tenho esclerose múltipla”* **R3-** *“Os meus filhos iam lá e diziam a mãe devia para um lar e eu dizia, num lar estou eu. Eu até tinha uns versos escritos lá em cima da mesa.”* **J4-** *“Porque estou doente, quem é que está aqui que não esteja doente. Saí doente do coração e tinha má circulação e então aconteceu que eu fui para o Hospital.”*

Relativamente à decisão da entrada para a instituição oito das pessoas idosas participantes na dinâmica de focus groups, referem que foram eles, seis referem que foi um acordo entre eles e os filhos e dois referem que foi decisão dos filhos. **V1-** *“Fui eu, eu é que decidi, para não estar a dar trabalho.”* **C2-** *“Eu é que pedi para vir para aqui mesmo, e gosto muito de aqui estar.”* **J3-** *“Foi ele (filho) que me perguntou e eu claro que aceitei. Estar na casa dele também não podia, e então aceitei bem vir para cá.”* **J4-** *“A minha filha o meu genro, eu morava sozinho, 12 anos sozinho, eu fazia tudo desde comida, só não lavava a roupa. Ia a casa da minha filha no Domingo levava uma muda de roupa e trazia outra muda de roupa de vestir, o resto ia para a lavandaria. Todas as semanas ia a Santarém. Pois não tive outro remédio.”*

Quanto ao processo de acolhimento, as pessoas idosas referem ser bastante semelhante em todas as instituições, foram levados ao quarto e os outros locais da instituição por eles frequentados e que foram apresentados os restantes idosos, porém muitos não se recordam de quem foi a pessoa que os acolheu. Alguns relatam que não foi necessário apresentar a instituição

pois já tinham tido irmãos que frequentaram a mesma instituição. **R1-** *"Quem me recebeu quando cheguei foi a Marília e foi uma animadora e foi uma animadora que aí estava chamada Vanda que é de Montemor. Elas as duas é que me receberam quando eu cheguei, lá em cima, lá no refeitório, estiveram comigo, com a minha filha e com a minha neta. Estiveram com a gente, a falar e depois mostraram o meu quarto à minha filha e também a casa de banho, foram elas as duas."* **G2-** *"Eu não conhecia ninguém, fui recebida muito bem, pela D. Ana pela sua filha e pela Lúcia e pelo Dr. Gabriel que é o filho, muito bem recebida, muito bem. Vieram aqui comigo à sala, apresentaram cada utente, sim, sim, gostei muito e também gosto muito de todos os meus amigos e amigas que estão em lares dizem que não fazem nada disto."* **F3-** *"Vim para aqui, estava aí a doutora, estava uma auxiliar e depois foi levar-nos as coisas para o quarto é claro. Cheguei aqui acho que alguém disse, está aqui mais um idoso"* **MB4-** *"Não, não tive problema nenhum porque visto como disse já tinha a minha irmã aqui internada. Frequentava muita vez isto, vinha muita vez. Além disso tinha aqui uma senhora amiga que pertencia a uma amiga muito grande que eu tenho e que era como se fosse uma irmã para mim e está no lar também."*

Duas pessoas idosas referiram que o processo de integração não foi fácil devido á mudança de rotinas e também devido a algum preconceito para com estas instituições. **CA2-** *"Eu tinha uma aversão completa a estes sítios, e eu dizia assim não vou para lá, não vou gostar nada daquilo. Mas depois cheguei cá e comecei a perceber determinados comportamentos, afinal as pessoas eram mais ou menos agradáveis, comecei a gostar e agora estou plenamente satisfeito com isto."* **J4-** *"Complicado, quem estava habituado a viver sozinho, levantar-se quando queria. Quando queria, comia o que queria, fumava os cigarros que queria e pronto fazia o que queria. Ia todas as semanas de Évora para Santarém."*

Relativamente aos objetos que os idosos puderam levar para as instituições entre vários artigos destacam-se as fotografias, televisões, mobílias, até um computador e uma peça para marcar furos de água. Todos afirmam que tiveram a liberdade de escolher tudo o que quiseram levar para as instituições. **C1-** *"Fotografias, a minha filha levou-as para casa, outras deitaram-se fora, fiquei com as mais bonitas, tenho ali uma em que está a filha com os netos. Trouxe a minha cama, o colchão, um camiseiro, uma mesinha de cabeceira e trouxe lençóis, toalhas de bidé, de rosto e toalhas de banho."* **T2-** *"Trouxe o que era necessário, vestuário, calçado, etc. Não quis trazer mais nada, quando é preciso como é aqui pertinho trazem-me e eu vou lá. (...) Trouxe uma peça para marcar furos."* **J3-** *"Eu trouxe a minha fotografia e a do meu marido e a do meu filho e tenho-as em cima da mesa de cabeceira."* **J4-** *"Trouxe o computador, é a minha sorte, tenho-o lá em cima."*

As pessoas idosas estas referem que houve um programa de acolhimento, mas em alguns casos a adaptação não foi fácil, embora tenham podido levar vários objetos. Na maior parte dos casos a decisão de entrada na instituição foi tomada pelas pessoas idosas e esteve relacionada com questões de saúde. Há que salientar que as instituições permitem a personalização dos quartos o que pode facilitar o processo de adaptação.

6-Vida na instituição e dimensões de liberdade, autonomia e autodeterminação no quotidiano

Segundo o artigo 4º da Portaria 349/2023 de 13 de Novembro, os princípios de atuação a serem adotados pelas instituições são os seguintes:

- A promoção e manutenção da independência e autonomia da pessoa idosa;
- A manutenção dos direitos de liberdade
- O respeito pela privacidade, individualidade, vida íntima e religiosidade;
- A participação da pessoa idosa ou do seu representante legal na elaboração do seu plano de cuidados
- A manutenção da autodeterminação sem que seja prejudicada a organização da ERPI assim como o direito de escolha de todas as pessoas idosas.

Há que salientar que a autodeterminação só pode ser limitada em situações previstas por lei que não incluem a vida nas instituições. Ou seja podem e devem continuar a tomar decisões mas há que ter sempre em conta as capacidades físicas e cognitivas da pessoa idosa (Barbosa et al, 2021).

Para conseguirmos perceber até que ponto os direitos humanos são promovidos nas instituições pedimos aos idosos que descrevessem as suas rotinas. As rotinas são muito semelhantes, passam por levantar fazer a higiene pessoal, tomar o pequeno almoço, alguns vão realizar atividades, outros aproveitam para caminhar e há também os que apenas ficam sentados no sofá. As tardes não são muito diferentes, almoçam fazem algumas atividades ou veem um pouco de televisão e depois jantam e vão dormir. **V1-** *"Levantamo-nos e vamos para a sala. Uma pessoa levanta-se, lava-se e veste-se e vamos para a sala até o pequeno almoço."* **G2-** *"Levanto-me, faço a higiene e depois viemos para o refeitório para tomar o pequeno almoço. Dou 3 voltas aqui ao jardim que é enorme e muito bonito e costumo sempre andar mil e tal passos(...). Depois do almoçamos e depois vou para o quarto, mas não faço a sesta, e então vou para o quarto fico lá sossegadinha. Depois às 3 horas viemos para a sala e é até ao jantar."* **MR3-** *"Eu, comer em primeiro lugar o pequeno almoço, depois do almoço vou beber um*

cafezinho com o Sr. António, lá aonde ele trabalha, depois venho para aqui e depois há ginástica, quando há. (...)De- pois olhe vou até lá ao quarto, agora estava lá. Tenho lá uma a telefonia, ponho a tocar e depois venho para baixo e por aí ando." MB 4- "Gosto de passar um bocadinho do serão com elas, porque os serões agora ainda são muito grandes e jantamos às 18.30 horas. E depois eu às vezes vou lá a cima, visto o robe ou o pijama, conforme, depende e depois venho para baixo, estou com elas um bocadinho e depois vou para cima. Vão-me dar o chá e o comprimido para dormir."

Uma idosa fez referência a uma consequência das rotinas padronizadas e é o facto de não poder aceder ao quarto sempre que lhe apetece, **G2-** *"Só há uma coisa que eu acho que falta aqui é não ter forma de ir ao quarto mais vezes. A gente às vezes apetece-lhe ir ao quarto e não deixam. Elas andam a limpar, mas é só da parte da manhã, mas de resto está tudo bem. "*

Há quem mencione a alimentação como sendo um ponto positivo e outros como algo que deveria melhorar. **G2-** *" Eu também gosto de tudo. Eu até, uma coisa que eu tenho é na comida ao principio era sempre parabéns às 3 cozinheiras e agora para não ser sempre a mesma coisa digo 5 estrelas." Ca2- "Há uma coisa que eu gosto muito que é hortaliça e elas metem-me mais hortaliça e elas vêm dizer, não pode comer tanta hortaliça."* Quantos aos idosos alguns mencionam-na como algo positivo nas instituições, mas há outros que referem que esta poderia melhorar.

As pessoas idosas referem que fazem a pequenas escolhas do dia a dia como por exemplo decidirem o que vão vestir. **V1-** *"Dentro do roupeiro, temos lá a roupa e depois escolhemos." G2- "Sou eu, põem-me em cima da cama e sou eu que arranjo." R3- "Somos nós." MV4- "Sou eu."*

Relativamente às atividades realizadas numa das instituições idosos que participaram nas dinâmicas de focus groups referiram que ultimamente não têm tido animador(a), os restantes afirmam que costumam fazer trabalhos manuais, jogos, ginástica e outras atividades lúdicas. **AS1-** *"(...) e pinto desenhos. (...) São os desenhos que a gente faz ali, há ali para a gente fazer. (...) Eu se não tiver nada para fazer fico mais aborrecido." G2- "Vamos à praia (risos), já fomos à praia aqui nesta casa (risos). Tiramos fotografias, mandei a todos os meus amigos, isso é que eles diziam, está muito giro, com um pano por trás. Atrás de si, está outo, o do dia da mulher. Participamos há pouco tempo num concurso de talentos, gravamos um vídeo." F3- "Eu ultimamente mais um senhor que se chama Timóteo tenho passado as manhãs e às vezes as tardes a jogar dominó. Às terças e quintas ficamos ali a jogar às cartas." V1- "Gostamos, mas a gente já não faz nada de jeito. (Ginástica)" J3- "Eu cá gosto de estar na costura(...).Eu gosto de dar a volta ao lar." MCh4- "Eu gosto de fazer tudo mas bordados foi sempre a minha*

profissão." **MM3**- "O resto da animação temos tido falta ai de uma animadora. Agora estamos ai outra vez sem ela. Esteve ai uma mas já não vem, não sei empregou-se para ai em outro lado."

A maior parte das pessoas idosas que, refere que não lhes é pedida a sua opinião sobre as atividades, contudo alguns referem que principalmente ao nível dos trabalhos manuais conseguem dar algumas opiniões. **A S1**- "O que elas mandam fazer a gente faz, mas a gente é que vai fazendo pela nossa ideia, temos os desenhos que queremos, temos os lápis, essas coisas todas. Um gosta mais de uma cor, outro gosta mais de outra cor e é isso." **V1**- "Elas fazem os desenhos e depois dizem a cor é como vocês quiserem." **M M3**- "Não." **G2**- "Não perguntam."

Algumas das pessoas idosas, consideram que deveriam haver mais atividades de carácter físico e lúdico. **MM3**- "Eu ando com uma falta de andar (...) Fui ao médico, o médico disse que tinha que andar todos os dias, saíram comigo uma vez ou duas e pronto, até hoje. (...) Pois eu sozinho não sou capaz, com outras pessoas basta só ir e dizer está ai um buraco, de resto eu ando bem." **Ca2**- "Olhe eu gostaria de uma coisa, não há musica todos os dias.. **V1**- "Às vezes o que aborrece mais é estar ali sentada. Quando estamos sem fazer nada chega a pontos que estamos aborrecidos."

As pessoas idosas descrevem o relacionamento com os outros utentes como sendo bom. **R1**- "Faz de conta que somos todos irmãos." **C2**- "Eu tenho aqui muitos amigos e amigas." **MB4**- "Somos todos uns queridos, uns para os outros. Estou a falar das funcionárias e dos utentes também."

Relativamente aos cuidados de saúde, algumas pessoas idosas, mencionaram que quando necessário vão ao médico, têm acompanhamento a nível de enfermagem e numa das instituições referiram que neste momento estão sem médico. Uma pessoa idosa, referiu ainda, que todas as pessoas que entram na instituição são consultadas. **R1**- "Temos a enfermeira e quando é preciso vamos ao médico." **G2**- "Eu fui duas vezes ao médico desde que aqui estou. A primeira vez foi ao fim de uma semana. Acho que é sempre quando chega cá um utente, a enfermeira marca uma consulta. E fui agora outra vez, por causa do umbigo, tenho uma quebradura que me anda a doer. E diz que vai enviar uma carta para o hospital." **R3**- "Quando temos que ir a gente vai, quando é menos carregado a enfermeira vem e dá andamento a isso." **MB4**- "(médico) Não esse não, desde que eu cá estou, não veio. A doutora que estava aqui foi para Évora. (Enfermeiros) Isso temos sempre."

Quanto ao relacionamento com as colaboradoras, a maioria das pessoas idosas, referem que é bom, embora uma mencione que já teve problemas e outra refere que por vezes não gosta da linguagem por elas utilizada. **R1**- "Eu bem. (...)São boas para a gente, as vezes o corpo não

aguenta com a gente. (...)Seja este, outro ou outra tratam tudo por igual, fazem o que podem. (...)Não há que dizer, estou cá há 4 anos e ainda não vi uma funcionária responder mal a um velhote, trata-lo mal ou fazer o que não deveria, nunca vi por isso não posso dizer que vi." G2- "Eu gosto de todas, não tenho nada a dizer." MR3- "A gente vai-lhe dizer o quê? Depois dizem que não é verdade (...). Houve ai uma brasileira que andava lá na limpeza, fui á casa de banho e estava ocupada. Ela quando eu ia a sair disse vai sujar isto tudo. Eu disse porra e toma, ficou lá encostada depois vim dizer á doutora. Disse a doutora assim quando ela lhe fizer isso, faz o serviço no corredor e depois vem dizer que ela limpa." F3- "Foi uma coisa que eu estranhei logo á chegada, eu penso que é do carácter das pessoas. A minha filha mais nova uma vez que veio cá disse-me fomos tomar um café e você sabe lá, aquilo é uma linguagem, olhe tenho a impressão que é da linguagem das pessoas (...) É uma linguagem por exemplo: estás bem, ou não sei o quê."

Relativamente á opinião sobre os serviços prestados apenas uma pessoa idosa refere que dá a sua opinião em relação á alimentação, as restantes dizem que não há comunicação ou que não têm nada a ver com isso. **Ca2-** *"Já lhe disse a elas até arranjam pratos à parte para o Carlos." R1- "Não temos nada a ver com isso." F3- "Não há muita comunicação." R3- "Elas é que fazem da maneira delas. Fala-se muita coisa mas não há muita coisa com elas.* Relativamente a quem costuma pedir a opinião a maioria refere que ninguém pede, numa instituição mencionam que costuma ser a Diretora Técnica. **MV4-** *"Quando a gente quer conversa." R1- "Não pedem." Ca2- "Ninguém." R3- "Não costumam pedir."* Embora muitas pessoas idosas afirmem que não expressam as suas opiniões todos referem que se sentem livres de o fazer. **R1-** *"Sim." G2- "Claro que sim." R3- "Sim." MB4- "Sim, sim, eu acho que sim, desde que a gente não diga palavrões, a gente dizer o pensa pode dizer."*

Algumas das pessoas idosas, referiram como ponto negativo das instituições a dimensão dos espaços. **MM3-** *"A minha mulher farta-se de chorar, não gosta de estar aqui, nem aqui nem em nenhum, a mulher quer ir para casa. Todos os dias assim que entra lá no quarto, a casa de banho é muito pequenina. Ali ando sempre as cabeçadas de tão pequena que é. J3- "A minha casa de banho é para 10 pessoas, tem uma sanita um bidé e um chuveiro." J4- "Olhe não é uma queixa, é os quartos somos 3, ontem foi outro senhor para lá, foi uma noite terrível mas pronto. "*

Relativamente à privacidade todas as pessoas que participaram na dinâmica de focus groups, referem que esta é respeitada **R1-** *"Pois fazem. Vão para a casa de banho, os quartos têm todos casa de banho, esses que podem ir. Se alguma não pode ir elas tratam dela na cama." J2- "Sim." R3- "Sim." J4- "Cinco estre- las."*

Relativamente aos cuidados de beleza as pessoas idosas fizeram referência à cabeleireira **R1**- *"A Cabeleireira vem já cá veio este mês. A gente quer e ela assim faz como quere- mos."* **C2**- *"A cabeleireira quando é preciso."* **R3**- *"Vem, olhe não veio cá quando foi do vírus. Mas agora já começou a vir. Há 3 semanas que veio cá duas vezes. Estava cá uma rapariga na cozinha que cortava o cabelo."* **MB4**- *"Costuma sim, esteve cá hoje, há algum tempo que não vinha. Esta senhora que cá veio hoje é a senhora com quem há muitos anos costumo arranjar o cabelo."*

Quanto à religião a maioria das pessoas idosas é católica, há também um evangélico e um espírita, todos afirmam que a sua religião é respeitada. **R1**- *"Eu acho que sim. (...) Agora não têm cá vindo mas antes vinham e às vezes havia missa."* **G2**- *"Católica, sim é."* **F3**- *"Eu não sou muito católico, sou mais evangélico. (A sua religião é respeitada) Sim."* **J4**- *"Espírita (Religião respeitada) É possível que digam, "ai" quando se fala em espíritos, mas nunca ouvi."*

Relativamente á forma como são tratados a maioria das pessoas idosas que participaram na dinâmica focus groups, refere que é pelo nome próprio ou pelo apelido, porém algumas pessoas referem que há idosos que são tratados por outros nomes. **A S1**- *"A mim chamavam-me o Sara porque eu tinha uma irmã chamada Sara."* **G2**- *"Este senhor não, ele é tratado de outra maneira, mesmo as empregadas é todas, senhor doutor de Cascais, é o tio de Cascais ou o senhor doutor (Risos)."* **MM3**- *"A mim tratam-me bem, senhor Martins, dona Custódia. Ela fala pouco eu não, se me querem ver contente é estar com gente."* **MCh4**- *"O meu é pelo nome, já me conheciam antes, eram todas conhecidas, não tenho razão de queixa."*

Relativamente à administração de bens todas as pessoas idosas afirmam que são administrados pelos seus familiares com o seu consentimento. **V1**- *"Eu, é a minha filha que me trata de tudo."* **Ca2**- *"É a minha esposa que trata de tudo, eu não posso."* **F3**- *"É com o meu filho."* **J4**- *"Eu passei uma procuração com plenos poderes para tudo ao meu filho."* Já as pessoas idosas referem os seus bens são administrados pelos seus familiares com o seu consentimento.

No fim da dinâmica de focus groups foi perguntado aos participantes se gostam de residir na estrutura residencial a maioria referiu que gosta de estar na instituição apenas uma refere que não gosta. **C1**- *"Eu gosto de estar aqui."* **G2**- *"Sou sincera, estou desejando ir para a minha casinha. Mas a vida aqui é totalmente diferente."*

Em suma, podemos verificar que o quotidiano das instituições rege-se por rotinas padronizadas o que afeta claramente dimensões de liberdade, autonomia e autodeterminação no quotidiano. A dimensão de liberdade é claramente afetada pelo facto de haverem rotinas pré definidas no tempo e no espaço. Na situação concreta, em que a pessoa idosa relata, que não pode aceder ao

seu quarto sempre que o pretende fazer, são afetadas as dimensões de liberdade, de autonomia e de autodeterminação. Verifica-se também que não é pedido nenhum tipo de opinião sobre as atividades realizadas nem sobre os serviços prestados, confirma-se que elas têm uma opinião formada, porém acreditam que não seja valorizada, vemos assim comprometida a autodeterminação. A autonomia pode ser também afetada nos casos em que as casas de banho e quartos, têm dimensões muito pequenas, porém há que referir que são pessoas idosas que residem em duas instituições cuja construção já é antiga. Há liberdade nas pequenas escolhas do dia a dia como por exemplo a pessoa idosa escolher o que vai vestir. Há liberdade religiosa pois mesmo havendo várias religiões nas instituições, estas são respeitadas. Há um claro respeito pela privacidade e são proporcionados cuidados de beleza nomeadamente a nível de cabeleireiro e também cuidados de saúde. As instituições também não interferem na gestão dos bens da pessoa idosa, que são maioritariamente geridos por familiares mas com a autorização das pessoas idosas. A relação com as outras pessoas idosas é descrita como sendo boa, já com os trabalhadores, são descritas situações pontuais que desagradaram as pessoas idosas. Importa também salientar que os colaboradores utilizam alcunhas logo constata-se que há uma infantilização, que não é percecionada como tal pelas pessoas idosas.

Conclusões e identificação de estratégias para a promoção de Direitos Humanos no Envelhecimento

Esta discussão aborda os principais resultados em três eixos temáticos: Direitos Humanos e Envelhecimento, Mudanças Sociais e Familiares, o Papel das Estruturas Residenciais na promoção dos Direitos da Pessoa Idosa.

No que se refere ao primeiro eixo temático há que destacar que a maioria dos inquiridos (94,1%) reconhece que a Declaração Universal dos Direitos do Homem define e promove os direitos humanos, o que reflete um elevado nível de sensibilização sobre a importância destes princípios. Contudo, face à diversidade de instrumentos orientadores na área dos direitos humanos das pessoas idosas, muitos dos técnicos que participaram no questionário referem que nunca analisaram nenhum dos documentos.

Dos inquiridos, apenas 42,3% consideram que a legislação vigente protege adequadamente os direitos das pessoas idosas, sugerindo a existência de défice no que respeita a mecanismos específicos de implementação e de garantias efetivas dos direitos deste grupo. Nessa linha, considera-se que merecem ponderação as opiniões quanto à necessidade e importância de criação de legislação específica: 77,4% dos inquiridos não a consideram discriminatória e 89,8% acreditam que pode ser um marco relevante na promoção dos direitos das pessoas idosas. Estes dados são indicativos de que, na opinião dos assistentes sociais participantes, é necessário reforçar a proteção legal deste grupo, sem receios de segmentação, com o objetivo de garantir maior proteção e oportunidades de inclusão. O regime do maior acompanhado – que não protege apenas pessoas idosas, sendo um mecanismo direcionado para adultos, independentemente da idade - é do conhecimento da maioria dos técnicos e, nas instituições onde exercem funções, há idosos com representantes legais. Sendo considerado pela maioria como um regime promotor de direitos humanos que veio colmatar lacunas existentes na legislação, dotando a pessoa de maior autonomia e prevenindo situações de abuso na gestão das atividades da sua vida quotidiana, não deixamos de referenciar outros domínios da proteção social que importa defender e desenvolver: o acesso universal a cuidados de acordo com as necessidades, incluindo cuidados no domicílio ou em estrutura residencial, de acordo com a capacidade financeira de cada um.

Conclui-se, assim, que em matéria de Direitos Humanos no Envelhecimento, não só continua a ser necessário desenvolver e aperfeiçoar legislação protetora dos cidadãos mais velhos, como também assegurar a sua coerência ao nível da regulamentação, uma vez que tal procedimento define, por vezes, condições de acesso que excluem do sistema de proteção quem

dele necessita. Como exemplo, o número elevado de pessoas idosas que necessitam de cuidados residenciais mas cujas capacidade económica não lhes permite aceder a uma resposta privada lucrativa mas também os não prioriza no acesso a estruturas comparticipadas pelo Estado. *A sensibilização das instituições e, sobretudo, dos técnicos, incluindo os assistentes sociais, para este problema, será um fator-chave para a informar e influenciar os decisores políticos sobre medidas necessárias ao cumprimento efetivo dos mecanismos de proteção social coerentes com os Direitos Humanos.*

Relativamente ao segundo eixo temático, Mudanças Sociais e Familiares, definido em função da relação com as condições atuais de vivência na sociedade e no seio familiar, nomeadamente, no que diz respeito representações sociais da pessoa mais velha, mudança na estrutura familiar e condições de proteção das famílias, há que salientar que, de acordo com o estudo, tanto as pessoas idosas como assistente sociais afirmam, maioritariamente, a não ausência da família, não se confirmando, assim, o que por vezes se afirma quanto ao abandono das pessoas idosas nas instituições (residenciais ou hospitalares). Dos resultados obtidos, verifica-se que algumas famílias são mais presentes do que outras, até pelo afastamento geográfico em que se encontram, mas, de uma forma geral, existe uma relação positiva entre os membros. Já a relação com os vizinhos e amigos em muitos casos extinguiu-se, como foi verificado no âmbito do focus group com pessoas idosas, seja por causa da distância geográfica, seja devido ao facto de alguns já terem falecido. Percebeu-se, também, que as relações sociais informais e com a restante comunidade acabam por se deteriorar, logo, identifica-se a necessidade de maior investimento das instituições neste tipo de relações, sob pena de promoverem o isolamento social ao invés da interação social e da participação na vida da comunidade a que se pertence ou a que passou a pertencer-se. Assim, e neste âmbito, considera-se necessária *a adoção de estratégias de promoção da relação com as famílias, incluindo as mais distantes geograficamente, e com a comunidade, que podem passar pela organização de iniciativas conjuntas com associações locais de natureza diversa, para além do incentivo ao uso da liberdade de cada de usufruto do espaço público, propício ao estabelecimento de relações com diferentes gerações e à participação em atividades inerentes à vida em comunidade.*

Sobre o terceiro eixo temático, Papel das Estruturas Residenciais na promoção dos Direitos da Pessoa Idosa, há que referir que, de uma forma geral, as estruturas residenciais desempenham função importante na promoção dos direitos dos residentes. No entanto, verificou-se que: as rotinas são frequentemente repetitivas e pouco diversificadas, o que pode limitar a qualidade de vida dos residentes; a maioria das atividades ocorre nos mesmos espaços e em horários

predefinidos, com supervisão constante, indicando uma abordagem que privilegia a segurança; este tipo de características, associado ao facto das pessoas idosas não terem uma voz ativa no seu quotidiano, revela que estas instituições incorporam dinâmicas de gestão que, nalguns aspetos, assumem características totalitárias, podendo estar comprometida a autonomia, a liberdade e o bem estar emocional dos residentes.

As instituições têm como objetivo promover os direitos das pessoas idosas não só prestando os cuidados básicos como também respeitando a individualidade, liberdade e a autodeterminação de cada um. Pela análise dos questionários e das opiniões obtidas nas dinâmicas dos focus group, identificam-se níveis de discordância entre pessoas idosas e assistentes sociais relativamente a alguns aspetos da vida no lar: os assistentes sociais, por exemplo, referem que não há restrições à liberdade de saída para o exterior, porém as pessoas idosas não deixam de afirmar que saem muito poucas vezes das instituições; os assistentes sociais referem que potenciam a participação e a expressão das pessoas idosas nas mesmas, enquanto que as pessoas idosas referem que participam, porém, não dão a sua opinião sobre as mesmas, ou seja, não são participantes ativos sobre o tipo de atividade, o seu interesse, a sua avaliação; relativamente às amenidades ,enquanto que os assistentes sociais descrevem ambientes com todas as condições necessárias, algumas das pessoas idosas referem espaços pequenos a nível dos quartos e das casas de banho. As pessoas idosas referem também que alguns cuidadores utilizam alcunhas no tratamento pessoal de alguns idosos, embora os assistentes sociais afirmem que tal não acontece, podendo concluir-se que, por vezes, os assistentes sociais apresentam uma visão dentro do que se pode considerar mais adequado em procedimentos técnicos e deontológicos, mas não necessariamente representativa da realidade concreta, enquanto as pessoas idosas apenas descrevem a sua realidade, o que sentem sobre o meio em que vivem.

As dimensões descritas e outros aspetos detetados nesta investigação sugerem a necessidade de reforço de formação e sensibilização das organizações e dos trabalhadores para a adoção de boas práticas para a promoção dos direitos humanos de pessoas idosas residentes em instituições. Numa análise mais cuidada, importa ter por base a portaria 349/2023 de 13 de novembro que, embora não trazendo elementos novos, reforça a necessidade de tornar os cuidados mais personalizados e mais promotores de um envelhecimento digno e saudável. Há que destacar, por exemplo, a questão do contrato de prestação de serviços, por vezes assinado por familiares, o que contraria o disposto no artigo 10º da referida Portaria, que indica que tal contrato apenas pede ser assinado por familiar se este for o representante legal da pessoa idosa; a existência de portas e portões fechados, limitadores do acesso ao exterior, independentemente

da condição de autonomia do residente, afeta o direito de liberdade e a relação com a comunidade, logo, é um fator limitador da inclusão social. Não se comprova haver participação das pessoas idosas na definição das atividades nem no seu plano de cuidados, identificando-se, assim, a *necessidade de cumprimento das regras relativas à formação inicial e permanente dos trabalhadores, assim como de formação e supervisão da equipa técnica, tendo em vista a incorporação, por todos, dos requisitos legais, das regras deontológicas e das normas técnicas no acolhimento e gestão quotidiana das estruturas residenciais; acresce, no caso dos assistentes sociais, o cumprimento dos princípios e valores éticos da profissão.*

Outros elementos que resultam da investigação instigam à reflexão não só da pesquisadora como também da sociedade e dos técnicos e dirigentes com responsabilidades na gestão de organizações com especial responsabilidade na concretização dos direitos. Importa, assim, identificar algumas dimensões que devem ser tidas em conta na análise do tema que nos propusemos estudar:

- as estruturas residenciais são organizações com um perfil convencional, em que há rotinas estabelecidas, em que os direitos e deveres das pessoas idosas estão definidos por regulamentos; ao nível das relações que nelas se estabelecem, e segundo a descrição feita tanto por assistentes sociais como pelas pessoas idosas, podem ser consideradas como “quase instituições totais”, dadas as suas características: as regras burocráticas, presentes tanto na contratualização do serviço como nas regras de circulação, de acesso ao exterior e horários de visitas, as rotinas bastante definidas tanto ao nível da ocupação e utilização do espaço como do tempo, a existência de um grupo de pessoas que controla, as relações de poder entre dirigentes, técnicos e pessoas idosas...

- o quase isolamento (ou mesmo isolamento) destas estruturas face à comunidade, o seu público alvo (pessoas idosas, a sua situação de fragilidade, principalmente ao nível da autonomia para atividades da vida diária), a gestão centrada ou numa visão economicista ou numa visão assistencialista, são elementos que nos devem incentivar à reflexão sobre como está a sociedade a olhar e a cuidar dos cidadãos mais velhos, como são efetivamente assegurados os seus direitos, como se aplica a este grupo social o desígnio dos Direitos Humanos; tal reflexão, constitui um desafio para toda a sociedade, com especial responsabilidade para o Estado e seus organismos públicos e para a comunicação social, setores com capacidade de ação e de influência pública para a questão dos direitos, nomeadamente o direito à não discriminação e a não ser vítima de violência e maus tratos;

- a exigência de formação adequada de dirigentes e equipas que exercem funções diversas nas estruturas residenciais: para além das qualificações, gerais ou especializadas, há que exigir

formação específica em Direitos Humanos, adaptando os conteúdos aos contextos de trabalho, à população alvo dos cuidados, com exemplos relacionados com a tipologia de atos profissionais, de atividades organizadas e com a diversidade de trajetórias de vida de cada um dos residentes; todos e cada um dos elementos de uma estrutura residencial têm de saber o significado e forma de cumprir o direito dos residentes à dignidade, à autodeterminação, à liberdade, à autonomia, à privacidade;

- a importância, também, da capacitação das pessoas idosas para os Direitos Humanos, seja como cidadãos, seja na qualidade de utentes de uma estrutura residencial; o conhecimento débil dos direitos tem como consequência, no caso de entrada em instituição deste tipo, fragilidade no reconhecimento dos seus direitos e na reclamação/exigência do seu cumprimento, quando necessário. A prevenção dos maus-tratos, na vida em sociedade e no meio institucional, dependem da capacitação de potenciais vítimas, como é o caso das pessoas idosas.

A pesquisa realizada, apesar das suas limitações e da não possibilidade de generalização dos principais resultados obtidos face ao número dos que nela participaram, assistentes sociais e pessoas idosas, fornece elementos que devem continuar a marcar as agendas de políticos, de gestores e de equipas técnicas das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, onde se incluem os assistentes sociais.

Os resultados demonstram a necessidade de uma abordagem integrada que contemple não apenas a segurança e a saúde, mas também o respeito pela dignidade, autonomia, o direito à participação social e à autodeterminação. O reforço das redes de apoio, a formação contínua dos profissionais e a criação de ambientes mais humanizados nas instituições são algumas das recomendações para avançar na promoção efetiva dos Direitos Humanos em contexto residencial.

De acordo com os objetivos definidos, identificam-se alguns elementos sobre os quais importa insistir na necessidade de mudança nas práticas em meio institucional residencial, pese embora a constatação, em função dos resultados obtidos, dos resultados tendencialmente garantidores dos direitos das pessoas idosas:

- a atenção para situações de incumprimento do direito à autodeterminação, consubstanciado quer na relação contratual que, em vez de ser estabelecida com a pessoa idosa é com a família, quer nas insuficientes oportunidades de participação dos residentes nas decisões sobre a sua vida quotidiana;

- a necessidade de assegurar ambientes humanizados e respeitadores da privacidade e da individualidade, assim como procedimentos de cuidados que respeitem a dignidade da pessoa;

- a obrigação de definição de plano de cuidados, definido por equipa multidisciplinar e com a participação do residente, que deve incluir a saúde, alimentação, atividades culturais e de lazer, além de garantir o direito à privacidade, à liberdade de decisão e de participação; nesta linha, a obrigatoriedade de avaliação permanente do cumprimento do plano de cuidados com a equipa e com os residentes;
- na sequência do ponto anterior, a exigência de equipas multidisciplinares, em que deve ser obrigatória a inclusão de enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional ou animador sociocultural
- a maior abertura à comunidade e estabelecimento de regras flexíveis de participação na vida/contexto comunitário, adaptáveis às condições específicas de cada pessoa e promotora do estabelecimento de relações sociais e de bem-estar social e mental dos residentes;
- efetiva responsabilidade pública pela qualidade dos serviços e garantia dos direitos dos residentes, através de ações de fiscalização que não se concentrem apenas em aspetos burocráticos, mas que incidam em dimensões de gestão centrada no direito dos residentes a cuidados de qualidade, com audição obrigatória dos mesmos;

Embora não tenha sido dimensão considerada na pesquisa, importa fazer referência à necessidade de valorização social do trabalho e dos trabalhadores que exercem funções nas estruturas residenciais. Em linha com o pouco conhecimento da sociedade sobre a diversidade de modos de envelhecer e necessidades da população mais idosa, o trabalho na área dos cuidados às pessoas idosas e a sua importância merecem conhecimento e reconhecimento social, tornando-o mais atrativo em termos de condições de trabalho e de remuneração, tanto no setor lucrativo como no solidário. As pessoas que trabalham nesta importante área de intervenção são, também elas, merecedoras de atenção no campo dos Direitos Humanos.

Por fim, uma referência especial aos assistentes sociais que exercem funções ou pretendam vir a exercê-las em estruturas residenciais: o trabalho do assistente social na promoção dos direitos humanos das pessoas idosas em estrutura residencial é não só uma responsabilidade, um compromisso com os seus direitos, como também um desafio constante, quotidiano. Tal inclui a intervenção em domínios e contextos como a informação sobre mecanismos legais de proteção; a criação de condições de envolvimento e participação dos residentes nas decisões sobre a sua vida e plano de cuidados, contrariando a possibilidade de comprometimento do direito à autodeterminação; a criação de ambientes humanizados, de espaços e de procedimentos de cuidados que respeitem a privacidade e a intimidade; a facilitação da comunicação entre residentes e com a rede social informal e a comunidade local, fundamentais enquanto suporte social e emocional, além de contribuir para a sua valorização enquanto

membros da comunidade; a definição e implementação de um plano prevenção de maus tratos, partilhado com equipas e com as pessoas idosas; o investimento na formação profissional contínua, individual e das equipas; a permanente orientação da ação pelos princípios e valores éticos da profissão.

Fontes

Legislação

Constituição da República Portuguesa, (1976) Diário da República n.º 86/1976, Série

Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de dezembro.

Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro.

Portaria n.º 322-B/2024/1, de 10 de dezembro.

Portaria n.º 67/2012, de 21 de março.

Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991.

Bibliografia

Albuquerque, C. Santos, C. Almeida, H. (2017). Análise Estratégica do Empoderamento Social. In C. Albuquerque, A. Alcoverde. (Eds.). *Serviço Social Contemporâneo, Reflexividade e Estratégica* (pp. 71-90). Lisboa: Pactor.

Alves-Mazzotti, A. (1996). *Debate Actual sobre os Paradigmas de Pesquisa em Educação*. São Paulo: Faculdade da Educação.

Amaro, M. I. (2012). *Urgências e Emergências do Serviço Social*. Lisboa: Universidade Católica.

André, G. (2002). Direitos Humanos: Princípios Básicos para a Ética do Serviço Social?. In A. Henriquês, M. FARINHA. (Eds). *Serviço Social Unidade na Diversidade Encontro com a Identidade Profissional* (pp.119- 125).Aveiro: APSS.

APAV (2010). *Manual Títono para o Atendimento das Pessoas Idosas Vítimas de Crime de Violência*. Lisboa: APAV.

Azeredo, Z (2011). *O Idoso como um Todo*. Viseu: Psicologias.

Azeredo, Z. (2016). Cultura Cidadania e Envelhecimento. In Z. Azeredo. (Ed.). *Envelhecimento Cultura e Cidadania* (pp. 67-73). Lisboa: Edições Piaget.

Azevedo, A. & Azevedo, C. (2008). *Metodologia Científica – Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos* (9ª ed). Lisboa: Universidade Católica.

Barbosa, M. Guimarães, P. Afonso, R. Yanguas, J. & Paúl, C. (2021). Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares, vol. I, pp. 23-35.

Battin, M. P. (2009). A Dignidade Humana e as Pessoas Muito Idosas. In Fundação Calouste Gulbenkian. (Ed.). *O Tempo da Vida* (pp. 287-305). Cascais: Principia.

Bogdan R, Biklen SK. (1982) *Qualitative research for education*. Boston: Allyn and Bacon.

Bradshaw, E. A (2023) *Quantitative Meta-Analysis and Qualitative Meta-Synthesis of Aged Care Residents' Experiences of Autonomy, Being Controlled, and Optimal Functioning*. Norte de Sydney: Institute for Positive Psychology and Education, Faculty of Health Sciences, Australian Catholic University,

Capucha, L. (2012). Envelhecimento e Políticas Sociais. In C. Moura (Ed.). *Processos e Estratégias de Envelhecimento* (pp. 75-84). [S.L.]; Euedito.

Camacho, I. (2021). A nossa evolução ao longo da vida nos diferentes contextos. Quem vai cuidar de nós. In M. Faria, J. Ramalho, C. Nunes (Ed.).- *Desafios e oportunidades no envelhecimento* (pp.191-210). Lisboa: Lisbon International Press.

Camarano, A. Pasinato, M. (2004). *O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas*. Rio de Janeiro: IEPA.

Caveira, C. M. (2004). *Economia Social e Terceiro Setor em Portugal: delimitação, estudos e projetos*. Porto: Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal.

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

Cardoso, J. (2018). Velhice Sociedade e Serviço Social. In: *Intervenção Social*. Lisboa: Lusíada. ISSN. Volume N° 51/52 P. 153- 167.

Carmo. H. (2001). *Problemas sociais contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carmo. H. (2012). *Teoria Política, Um Olhar da Ciência Política*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidades Técnica de Lisboa.

Carvalho M. I. (2014). Serviço Social e Intervenção com Idosos: desafios atuais. In M.I Carvalho, C. Pinto, (Eds.) *Serviço Social Teorias e Práticas* (pp. 421-436). Lisboa: Pactor.

Carta Social. (2022). *Rede e Equipamentos, Relatório 2022*. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Carvalho, M. (2016). *Irene Ética Aplicada ao Serviço Social, Dilemas e Práticas Profissionais*. Lisboa: Pactor.

Carvalho, M. I. (2015). Cuidados Familiares Prestados a Pessoas idosas. In M. I. Carvalho (Ed.). *Serviço Social com Famílias* (pp.239- 250) Lisboa: Pactor.

Carvalho, M. I, Rodrigues, M. (2013). Pobreza e Violência Sobre os Idosos. In M. I. Carvalho (Ed.). *O Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 137-150). Lisboa: Pactor.

Coelho, E. Nunes, L. C. (2015). Evolução da Mortalidade em Portugal desde 1950. In: *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, n° 55.

Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1999). *Documento de Trabalho 26/CNECV/99 Reflexão Ética Sobre a Dignidade Humana*. Lisboa: Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Correia, A. & Costa, E. (2021). Uma década de políticas sociais de velhice, In: *SOCIOLOGIA ON LINE*, n.º 29, agosto 2022, pp. 11-37 | DOI: 10.30553/sociologiaonline.2022.29.1

Comissão Europeia (2022) *COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES relativa à Estratégia Europeia de Prestação de Cuidados*. Bruxelas, 7.9.2022 COM.

CIMAC, (2017). *Referencial para o desenvolvimento social do Alentejo central- Relatório I_ Diagnóstico Social do Alentejo Central*. Évora: CIMAC

Dias, I. (2012). A Violência Sobre as Pessoas Idosas. In C. Moura (Ed.). *Processos e Estratégias de Envelhecimento* (pp. 193-200). [S.L.]; Euedito.

Dias, I. Lopes, A. (2016). Envelhecimento Políticas Sociais em Portugal: Tendências e Desafios. In M. Antunes, M. Leandro (Ed.). *Envelhecimento, Perspetivas, projetos e práticas inovadoras* (pp. 67-90). Vila Nova de Famalicão: Húmos.

Dias, I. Rodrigues, V. E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl, O. Ribeiro (Ed.) *Manual de Gerontologia* (pp. 179-202), Lisboa, Lidel.

Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social, (2002). *Boletim Envelhecimento Biográfico*. Lisboa: Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social.

Duarte, J. (2013). *Metodologias de investigação científica*. Lisboa: Vírgula.

Espírito Santo, P. (2010). *Introdução às Metodologias das Ciências Sociais, Génese, Fundamentos e Problemas*. Lisboa: Edições Sílabo.

Espada, J. C. (2004). *Direitos sociais e cidadania, uma crítica a A.F.A. Hayek e Raymond Plant* (2ª ed). Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Faria, M. (2015). *Os Crimes Praticados Contra Idosos*. Porto: Universidade Católica.

Faleiros, V. P. (1997). *Saber Profissional e Poder Institucional*. São Paulo: Cortez Editora.

Faria, M. (2015). *Os Crimes Praticados Contra Idosos*. Porto: Universidade Católica.

Guadalupe, S. & Cardoso, J. (2018) *As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa*. Brasília. Revista Sociedade e Estado, Volume 33, Número 1.

Guba, G., & Lincoln, S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London: Sage.

Guerra, J. (2021). As políticas de saúde como determinantes da longevidade, In: Teixeira, C. *Intervenções e Mediações com idosos*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Harms, L. et al (s/d). *Social Work and Human Rights: A Practice Guide*. BASW- the professional association of social work and social workers.

Hastings, S. & Rogowski, S. (2014) *Critical Social Work with Older People in Neo-liberal Times: Challenges and Critical Possibilities*, In, Practice: Social Work in Action. British Association of Social Workers.

Hoff, A. (2009). Alterações das Relações Intergeracionais nas Sociedades Europeias. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.) *O Tempo da Vida* (pp. 231-263). Cascais: Principia.

Hoven, R. (2002). Trabalho Social Comunitário. In A. Henriquez, M.A. Farinha (Ed.). *Serviço Social: Unidade na Diversidade Encontro com a Identidade Profissional* (pp. 95-100). Lisboa: APSS.

- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.
- Ignacio, M. Brandão, D. (2012) Políticas para a terceira idade. In C. Paúl, O. Ribeiro (Ed.). *Manual de Gerontologia* (pp. 273- 289). Lisboa, Lidel.
- Instituto da Segurança Social. (2005). *Manual de Boas Práticas, Um Guia para o Acolhimento Residencial de Pessoas Mais Velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social. (2005). *Manual de Processos, Estrutura Residencial para Idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social. (2010). *Queremos Falar-lhe dos Direitos da Pessoa Idosa*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social. (2024). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2021). *Guia do Maior acompanhado*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Joaquim, H. (2008). *O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais*. Lisboa: Universidade Católica.
- Jornal Oficial da União Europeia. (2008). *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre os "Maus-tratos a pessoas idosas"*. Bruxelas: União Europeia.
- Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira (Ed.). *Teoria e Prática da Gerontologia um Guia para Cuidadores de Idosos* (pp. 129- 147). Viseu: Psicossoma.
- Lage, I. Araújo, O. (2014) A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: perceções, constrangimentos e práticas. In A. Fonseca (Ed.). *Envelhecimento, saúde e doença, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 221-260). Lisboa: Coisas de Ler.
- Lemos, F. Júnior, H. Alvarez, M. (2013). *Instituições Confinamento e Relações de Poder*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Lopes, M. A. (2010). *Guia de Estudo e Investigação Proteção Social em Portugal na Idade Moderna*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Loureiro, H. (2014). Passagem à reforma: Uma vivência a promover em cuidados de saúde primários. In A. Fonseca (Ed.) *Envelhecimento, saúde e doença, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 123-150). Lisboa: Coisas de Ler.
- Lemos, M. (2005). *As misericórdias portuguesas na assistência aos idosos*. Observatório

de Idosos e Grandes Dependentes. Lisboa: Fundação Oriente.

Luiz, H. R. Miguel, I. (2021). Cidadania Ativa Numa Sociedade Envelhecida: O Voluntariado Sénior. In A. P. Relvas (Ed.) *Intervenções e mediações com idosos*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Maia, F. (1985). *Segurança Social em Portugal, evolução e tendências*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Marshall. T, H, (1967). *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Marson, S. (2013). *Is Infantilization Ethical? An Ethical Question for Gerontologists*. *Journal of Social Work Values and Ethics* (p.1). Volume 10, Number 1.

Moura, H. (2013). Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social. In M. I.Carvalho (Ed.). *O Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 17-34). Lisboa: Pactor.

Morgado, M. V. (1996). *Direitos sociais e ação social*. Lisboa: Direção-Geral de Ação Social.

Ministério Da Segurança Social e do Trabalho (2002). *Prevenção da violência institucional, Perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. [S.L.]: Instituto para o desenvolvimento social.

Moreno, F.A. (2023) – *Estruturas residenciais para idosos no contexto das políticas públicas e institucionais na Região Minho*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, p.109.

Nações Unidas. (2001). *Direitos Humanos Carta Internacional dos Direitos Humanos*. Lisboa: Nações Unidas.

Nações Unidas (2002). *Direitos Humanos e Pessoas Idosas*. [S.L.]: Nações Unidas.

Neto, A (2012). Adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida. In C. Moura (Ed.). *Processos e Estratégias de Envelhecimento* (pp. 145-154). [S.L.]; Euedito.

Neves, J. (2002). Burocracia. In R. Maia (Ed.) - *Dicionário de Sociologia* (pp. 41-42). Porto, Porto Editora.

Novais, J. R. (2017). *Direitos Sociais Teoria Jurídica dos Direitos Sociais Enquanto Direitos Fundamentais*. Lisboa: AAFL Editora.

Nunes, F. Reto, L. Carneiro, M. (2001) *O Terceiro Setor em Portugal: Delimitação, Caracterização e Potencialidades*. Lisboa: Instituto António Sérgio do Sector Cooperativo ISBN: 972-9424-37-3.160

Nunes, L. Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Caminho.

Oliveira, B. (2012). *Psicologia do idoso, temas complementares*. Porto: Livpsic.

Osório, A (2007). Os Idosos na Sociedade Atual. In A.Osório, F. Pinto (Ed.). *As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa* (pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.

Organização das Nações Unidas (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social*. Lisboa: Departamento Editorial do ISSS.

Organização das Nações Unidas (2021). *Orientação para a Integração no Envelhecimento*. Genebra: Organização das Nações Unidas

Pardal, Sérgio. (2014). *Envelhecer com dignidade*. Lisboa: Edições Vieira da Silva.

Paúl, C. (2012)- Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl, O. Ribeiro (Ed.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

Pereira, F. (2012). Sistemas de Apoio aos Idosos em Portugal. In F. Pereira (Ed.). *Teoria e Prática da Gerontologia um Guia para Cuidadores de Idosos* (p p. 119- 128). Viseu: Psicossoma.

Pereira, F. (2012).A Institucionalização do Idoso. In F. Pereira (Ed.). *Teoria e Prática da Gerontologia um Guia para Cuidadores de Idosos* (p p. 149- 156). Viseu: Psicossoma.

Pereirinha, J. (2008). *Política Social, Fundamentos da Atuação das Políticas Públicas*. Lisboa: Universidade Aberta.

Pillemer, K. (2009). A Violência na Velhice. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.) *O Tempo da Vida* (pp. 331-347). Cascais: Principia.

Pinheiro, J. D. (2010). *O direito da família contemporâneo*. Coimbra: Almedina.

Pinto, C. (2013)- Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos. In M. I Carvalho (Ed.), *O Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 49-65). Lisboa: Pactor.

Pinto, F. (2016)- Paradigmas Sociais do Envelhecimento. In Z. Azeredo (Ed.). *Envelhecimento Cultura e Cidadania* (pp. 55-66). Lisboa: Edições Piaget.

Póvoas, S. Alves, M. Velho, A. (2000). *Relatório da comissão de juristas sobre medidas de proteção dos direitos dos idosos em situação de incapacidade*. Lisboa: [s. n].

Procuradoria Geral da República (2001). *Direitos Humanos: A Carta Internacional dos Direitos Humanos*. Ficha Informativa nº 2.

Comissão Nacional para as Comemorações do 50.º Aniversário da Declaração Universal dos Direitos do Homem e Década das Nações Unidas para a Educação em matéria de Direitos Humanos. Em linha], 2024. [Consult. 10 Dez 2024]. Disponível em https://dejri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/documentos/pdf/ficha_informativa_2_carta_int_direitos_humanos.pdf

Quivy, R. Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramalho, A. Montez, M. (2011). *Mudanças sociais, idosos e a resposta formativa da Escola Superior de Educação de Coimbra*. DEDiCA Revista De Educação E Humanidades (dreh) [Em linha] Vol. 1 (2011). [Consult. 5 Jan. 2014], p.547–552. Disponível em <https://doi.org/10.30827/dreh.v0i1.7187161>

Pordata- *Perfil da população portuguesa* [Em linha], 2024. [Consult. 04 Dez 2024].

Disponível em https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024_VF.pdf?_gl=1*162htqg*_up*M_Q..*_ga*MTQzMjc0NzI2LjE3MjA2MjgzMzY.*_ga_N9RLJ8M581*MTcyMDYyODMzNS4xLjAuMTcyMDYyODMzNS4wLjAuMA.

Reichert, E. (2006). *Understanding Human Rights An Exercise Book*. Londres: Sarge Publications.

Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo bolonha*. Lisboa: Pactor.

Rodríguez, P. (2007). Conceptualización de los alojamientos para personas mayores. In P. Rodríguez (Coord.), *Residencias y otros alojamientos para personas mayores* (p. 47-75). Madrid, Editorial Medica Panamericana. 3-162.

Ribeirinho, C. (2012). Recriar a intervenção gerontológica. In Moura, C. (Ed.). *Processos e Estratégias de Envelhecimento* (pp. 51-64). [S.L.]; Euedito.

Ribeiro, D. (2001). Envelhecimento. In L. F. Silva (Ed.). *Ação social na área da família* (pp. 169-197). Lisboa: Universidade Aberta.

Roca, J. (2001) Composição e Funções Básicas da Família. In A. Gimeno (Ed.). *A Família o Desafio da Diversidade* (pp. 39-73). Lisboa: Epistemologia e Sociedade.

Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santo, P. (2010) *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais - Génese, Fundamentos e Problemas*. Lisboa: Edições Sílabo.

Sarmiento, E. Pinto, P. Monteiro, S. (2010) *Cuidador do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra, Formasau.

Santos, C. Albuquerque, C. Almedina, H. (2013) *Serviço Social, Mutações e Desafios*. Coimbra, Universidade de Coimbra.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2020). *Políticas públicas na longevidade*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Seixas, J. (2008) *VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Lisboa: Universidade Nova.

Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Príncipia.

Silva, I. Veloso, A. Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. In: *Revista Lusófona de Educação* (pp. 175- 188). Braga: Universidade do Minho, Escola de Psicologia. Nº 26 .

Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Lisboa: Ambar.

Stella, A. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M.I. Carvalho (Ed.). *O Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 81-103). Lisboa: Factor.

Tavares, R. (2013). *Direitos Humanos de onde vêm, o que são e para que servem*. 2ª ed. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

UNITED, Nations (1994)- *Professional Training Series N° 1, Human Rights and Social Work, A Manual for Schools of Social Work and the Social Work Profession*,.162

Vaz, M. [et al] (2004). *Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Modernidade, Incerteza e Risco* (pp. 32-38). Braga.

UNECE (2017)- 017 LISBON MINISTERIAL DECLARATION 4th UNECE Ministerial Conference on Ageing“*A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer*. Lisboa: UNECE.

União das Misericórdias Portuguesas (2021). *Respostas Seniores do Futuro, um modelo de respostas especializadas integradas*. União das Misericórdias Portuguesas.

Valente, R. Maria J. (2020) *Um tempo sem idades: ensaio sobre o envelhecimento da população*. Lisboa. Tinta da China.

Wilson, C.(2009) O Envelhecimento no séc. XXI- Perspetivas Demográficas. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.)- *O Tempo da Vida* (pp. 33-49). Cascais: Príncipia.

WHO, World Health Organization (2020) *Decade of Healthy Ageing 2020-2030 - Global strategy on ageing and health*. WHO, United Nations.

Zerbini, M. I. (2016) Sexualidade na Longevidade. In T. Medeiros (Ed.). *Repensar as Pessoas Idosas no Século XXI*(pp.143-162). Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.

Apêndice A- Técnicas de poder disciplinar segundo Foucault

Características do poder Técnicas do Poder Disciplinar
Disciplinar

Clausura- É a organização e limitação do espaço físico.

Repartição- Refere-se à definição de lugares para cada indivíduo, por exemplo as celas. Há um controlo das rotinas, entradas saídas e também uma repressão as relações com outros indivíduos.

Localizações Funcionais- Remetem para uma organização arquitetónica que facilita a vigilância dos indivíduos mantendo alguma privacidade

Fila- Determina o lugar que cada individuo ocupa numa classificação. Como por exemplo numa escola dividir os alunos por idades.

Horário- Remete-nos para o controle do tempo em que são estabelecidos horários rígidos e rotinas repetitivas.

Elaboração Temporal do Ato- É a descrição da forma como se faz uma determinada tarefa e a limitação do tempo que esta demora. "O tempo penetra o corpo e com ele, todos os controlos minuciosos do poder" (Foucault, 2018, p. 176).

Correlação do Corpo e do Gesto- consiste em impor um conjunto de gestos e também na forma como o gesto se relaciona com o corpo de forma a potenciar a eficácia e a rapidez.

Articulação Corpo- objeto- Através da disciplina é definida a forma como o corpo se relaciona com os objetos que são manipulados por ele, como por exemplo a forma de manipular uma arma.

	<p>Utilização Exaustiva- Apela à não ociosidade, ou seja, não é permitido perder tempo.</p>
	<p>Divisão da Duração de Segmentos- que podem ser paralelos ou sucessivos e pretendem atingir objetivos específicos, como por exemplo numa formação ter um tempo dedicado à teoria e outro à prática.</p>
	<p>Organização das Linhas- que tem que ter em conta um esquema analítico de sucessões com elementos simples que se combinam de formas complexas. Por exemplo a nível militar são treinados gestos simples em que se treina a força e a habilidade.</p>
	<p>Finalização dos Segmentos- acontece quando é estabelecido um termo com uma prova para que o indivíduo possa atingir um determinado estatuto.</p>
	<p>Estabelecimento de Series- organizar os indivíduos tendo em conta a sua antiguidade, cada um faz parte de uma serie tendo em conta o seu nível e a sua categoria.</p>
	<p>Corpo Singular- é um elemento que se articula com outros. O que define o individuo é o lugar que ele ocupa e a valentia e a força perdem importância.</p>
	<p>Séries Cronológicas- O tempo deve ajustar-se para todos os indivíduos, fazendo com que as forças sejam combinadas e seja atingido um excelente resultado.</p>

Apêndice B- Caracterização das amostras

Caracterização das pessoas idosas residentes em instituições

Idade	N(20)	%(100)
- de 70 anos	1	5%
70-75 anos	2	10%
76-80 anos	2	10%
81-85 anos	8	40%
86-90 anos	2	10%
+ de 91 anos	5	25%
Gênero		
Feminino	12	60%
Masculino	8	40%
Estado Civil		
Viúvo(a)	18	90%
Casado(a)	2	10%
Habilitações		
Analfabeto(a)	7	35%
4º Ano	9	45%
9º Ano	2	10%
12º Ano	1	5%
Bacharelato	1	5%
Número de Filhos		
1	9	45%
2	7	35%
3	3	15%
4	1	5%
Tempo na instituição		
Menos de 1 ano	6	30%
1-2 anos	5	25%
3-4 anos	6	30%
5-6 anos	2	10%
Mais de 7 anos	1	5%

Idade e gênero dos assistentes sociais a exercer funções em instituições

Idade	N(137)	%(100)
Menos de 24 anos	8	5,8%
25-34 anos	46	33,6%
35-44 anos	54	39,4%
45-54 anos	22	16,1%
55-64 anos	7	5,1%
Gênero		
Feminino	131	95,6%
Masculino	5	3,6%
Transgênero	1	0,7%

Apêndice C- Declaração para as instituições

Eu Vera Lúcia Terra Mesquita aluna do Doutoramento em Serviço Social, do ISCTE (Instituto Universitário de Lisboa) declaro que todos os dados recolhidos no âmbito da minha tese, que tem como tema Intervenção Social e Direitos das Pessoas Idosas em Contexto Institucional, serão confidenciais e anónimos. Sendo assim, na tese não contará o nome das pessoas e das instituições que participaram na dinâmica de focus group.

_____, ____ de _____ de 2023

Assinatura

Apêndice D- Declaração de Consentimento Informado

Eu

declaro que tomei conhecimento e que compreendi a explicação que me foi fornecida sobre a investigação realizada no âmbito do Doutoramento em Serviço Social, do ISCTE (Instituto Universitário de Lisboa), pela Mestre Vera Lúcia Terra Mesquita tendo como Orientadora a Professora Doutora Maria Júlia Cardoso.

Tive o conhecimento que a participação neste estudo é voluntária, e que todos os dados por mim fornecidos serão confidenciais e anónimos.

Por isso consinto que me seja aplicada e gravada em áudio a dinâmica de focus group sugerida pelo investigador.

Apêndice E -Guião de para focus groups

1- Caracterização sociodemográfica

- 1.1- Idade
- 1.2- Estado Civil
 - 1.2.1- Se é casado o cônjuge reside na instituição?
- 1.3- Habilitações Literárias
- 1.4- Qual foi a profissão exercida
- 1.5- Núcleo familiar – filhos e/ou outros
- 1.6- Há quanto tempo reside na instituição

3- Família e sociedade

Pretende-se obter informação sobre:

- relacionamento que têm/mantêm com familiares (filhos, netos e/ou outros) – proximidade, frequência de visitas/encontros, afetos...
- relacionamento que têm/mantêm com amigos, vizinhos – proximidade, frequência de visitas/encontros, afetos...
- relações com a comunidade envolvente – visitas ao exterior; participação em festas/eventos da comunidade; visitas de pessoas ou grupos da comunidade à residência...
- alterações nas relações e na proximidade de familiares e amigos entrada na instituição.

4- Acolhimento e adaptação à instituição

Nesta categoria pretende-se saber:

- razões de entrada na instituição – saúde, isolamento, preocupação dos familiares quanto à segurança
- quem decidiu – o próprio, os familiares, mediante acordo entre ambos
- processo de acolhimento – quem acolheu quando entrou; memórias do 1º dia na residência; o que quiseram saber sobre si, sobre os seus interesses, sobre a sua saúde, sobre o que esperava da instituição...
- objetos que trouxe consigo; o que lhe custou não poder trazer consigo...
- como é tratado/identificado – pelo nome próprio, pelo nome pelo qual foi sempre conhecido no círculo das suas relações, por outro; se lhes foi perguntado como gostariam de ser tratados

4 – A vida na instituição

Nesta categoria pretende-se saber:

- como é o dia a dia na residência – a que horas se levantam; rotinas de higiene e pequeno almoço; atividades (tipo e frequência, quem orienta); cuidados de saúde (tipo de cuidados, quem assegura); cuidados de beleza e bem estar (cabeleireiro, pedicure e manicure...)
- o que mais agrada no dia a dia; o que menos agrada e porquê
- como classificam as relações com os pares e com os funcionários (ambiente geral de vida no dia a dia, do ponto de vista relacional)

4- Dimensões de liberdade, autonomia, autodeterminação no quotidiano da instituição

Nesta categoria pretende-se saber:

- se é costume pedirem a opinião dos residentes acerca das atividades que querem ter na instituição e sobre as que vão sendo desenvolvidas
- se é costume pedirem a opinião dos residentes acerca dos serviços que são prestados (alimentação, higiene, cuidados de saúde...)
- quem costuma conversar com eles e pede as suas opiniões (membro(s) da direção, assistente social, outro técnico e qual/quais)
- se expressam as suas opiniões com liberdade, sem medo. Se não, porquê
- se sentem que a forma como são tratados é respeitosa da sua intimidade e autonomia de decisão (os funcionários batem à porta antes de entrarem nos quartos, a higiene é feita cumprindo regras de privacidade, os próprios decidem sobre o vestuário que querem usar, as suas relações amorosas não são alvo de crítica nem de comentários jocosos...)
- se sentem que as suas convicções religiosas são respeitadas
- se sentem que são livres de escolher participar ou não nas atividades propostas
- se sentem que detêm a capacidade de decisão quanto à administração dos seus bens – quem os administra (o próprio, a família ou a instituição; no caso de não ser o próprio, porquê)
- se sentem que são respeitados nas suas ideias e nos seus desejos (genérico).

Apêndice F- Análise conceptual focus groups

Tabela 1- Família e sociedade

Registro		
Formal	Semântica	Contexto
Relacionamento com a família	Proximidade	<p>A.Ch 1- Os meus filhos estão longe, vivem na Suíça. (...)Tenho sobrinhos, muitos sobrinhos e vêm ver-me.</p> <p>AS 1- É preciso é sabermos notícias todas as semanas uns dos outros. Tenho um cunhado que é a pessoa mais amiga do mundo, ainda falei com ele ontem.(...) A filha graças a Deus tem sido boa para mim e tenho um neto também, está empregado também tem 38 anos.</p> <p>V 1- Eu não me posso dar melhor com os meus filhos. (...) Eu dou-me bem com os meus filhos. Vêm cá quando podem, (...)</p> <p>G1- Dou-me bem com o meu filho está em França e os meus netos também, então aconteceu-me um AVC. Aconteceu-me, já fez um ano em Janeiro, o meu filho já cá veio 4 vezes ver-me.</p> <p>Ca2- Quando eu precisar de alguma coisa eu peço e ela (esposa) traz-me cá, só que ela tem um amigo lá das chefias dela que mora aqui perto, aproveita e traz as coisas todas para aqui, ela não precisa de cá vir.</p> <p>P2- Sim, sim. (Bom relacionamento)</p> <p>T2- Sim, sim, sim graças a Deus. (Dão-se bem)</p> <p>C2- Uma mora aqui em Vendas Novas, o outro mora em Lavre e o outro em Peniche. (filhos)</p> <p>J3- Eu dou-me muito bem com os meus filhos e tenho um neto pequenino com 5 anos e tenho uma neta.</p>

		<p>F3- Tudo bem, tenho 3 filhos, duas mulheres e um homem. Eu sou avô de sete netos e tenho dois bisnetos da minha neta mais velha</p> <p>R3- Isto não é só de agora, eu estava em casa sozinha, era por telefone. Se há alguma coisa qualquer a gente engana-se e fica logo avariado. Depois às vezes a minha Maria José telefona para</p>
--	--	---

		<p>o irmão. O meu filho chegava a lá ir lá umas quantas vezes a casa, às vezes ia com a minha neta.</p> <p>MS3- Tenho que dizer aquilo que eu sei, eu penso que todos tenham uma família como eu tenho, tenho uma família do melhor de há, noras netos e filho. Até estive aqui no lar faltavam 5 dias para 2 anos sem daqui sair, a senhora sabe porquê e agora vou todos os 8 dias.</p> <p>MM3- Os filhos quer dizer, dou-me todos, com os dois claro, mas um é mais castigado do que outro. A filha está em Lisboa e o filho é que está cá, é o mais castigado, o que a gente precisa é com ele. Mas a fi- lha telefonou quase todos os dias, o filho também, quase sempre à noite.</p> <p>J4- Dou-me bem com todos, tenho irmãos, dois, um já faleceu, era mais novo do que eu quatro anos. Está tudo bem nesse aspeto. (...) A minha filha liga- me todos os dias, para mim é muito importante.</p> <p>MB 4- Só tenho um filho, mas tenho netos queridos, tenho uma família muito querida.</p> <p>MCh 4- Com todos muito bem. Eu não, dou-me bem com eles. Todos os filhos genros, netos e bisnetos, está tudo bem.</p> <p>MV 4- Belíssimo.</p> <p>M4- Tudo bem com a minha família, toda a gente concordou que eu viesse para cá. Viver sozinha logicamente, eu já não podia, embora fizesse as minhas coisas era difícil.</p>
	<p>Frequência de visitas</p>	<p>A.Ch 1- Escrevem, perguntam como eu me encontro e vêm no Verão.</p> <p>C1- Um vem de oito em oito dias, (...) Agora a filha vem duas vezes por semana, mora aqui em Vendas Novas. um todos os meses vem aí.</p>

		<p>V1- Há segunda feira vem a outra, e os outros estão lá mais longe e não vêm. Um está nas Caldas da Rainha e o outro está lá ao pé do Barreiro, em Torres Vedras.</p> <p>AS 1- A minha filha vem pouca vez porque está numa situação muito longe para estar aqui 20 minutos. Antes de aparecer esta coisa (COVID19) era todas as semanas. Apareceu isto e os que estão mais perto têm mais visitas, os que estão mais longe têm menos.</p> <p>R1- O meu vem cá todas as semanas, telefona duas ou três vezes por dia. Hoje já falei com ela 3 vezes, com o meu genro e com os meus netos.</p> <p>Ca2- Sou casado, e a minha mulher mora em Cascais mas ela não vem cá, eu telefono todos os dias, falo com ela à noite, estou meia hora no telemóvel com ela a falar, porque é aquilo que eu lhe disse é pá, é uma coisa estúpida vires cá porque isto não tem cabimento nenhum. Agora está em contacto comigo permanente, agora como tal pá estou sempre em contacto.</p> <p>P2- Sim, o meu filho vem, não vem todas as semanas porque mora em Lisboa e os combustíveis são caros, mas vem.</p> <p>T2- Sim duas ou três vezes por semana. (Telefonas, Filhos)</p> <p>C2- Às vezes vou sair, a minha filha vem-me buscar.</p> <p>G2- Cá em Portugal tenho uma irmã, mas ela tem vindo, mas vem cá pouca vez.</p> <p>J3- Vêm cá umas vezes, a minha neta não pode vir porque não tem carro e o meu filho anda a trabalhar. Não vêm cá todas as semanas, às vezes está um mês ou mais sem vir cá, mas vem-me cá ver. Também</p>
--	--	--

		<p>têm a vida deles não podem vir cá sempre.</p> <p>F3- Vêm de vez enquanto, também não moram muito perto, o problema é esse e depois a minha neta mais velha até mora aqui em Vendas Novas só que como trabalha lá em Lisboa. A gente está sempre à espera de um telefonema, ainda agora tinha uma chamada ali no telemóvel que não cheguei a saber quem era, mas calculo que fosse um deles. A minha filha mais nova esteve cá no sábado mais a minha netinha.</p> <p>R3- Os filhos não está cá mais vezes porque não podem, uma está longe, e a outra está ao pé. Também a vida não dá para isso. O meu filho trabalha ao fim de semana, é feriados e tudo. (Telefone) Há isso é todos os dias, não pode falhar, não pode falhar.</p> <p>M.M3- Liga-me sempre, é preciso alguma coisa, isto ou aquilo, vocês como estão, é sempre assim. O filho é que vai com a mãe e é que vai com o pai. Vem cá muitas vezes, vem trazer-me isto ou aquilo.</p>
--	--	--

		<p>J4- A minha filha. As minhas uma está em Moura e outra está no Barreiro. A minha filha é que está em Évora que é aonde eu estava. (...) De 15 em 15 dias.</p> <p>MV4- Desde o Natal que não os vejo. Hoje é dia de eu falar com ela. Terças e quintas falo com ela, durante a semana falo com a minha neta, tenho uma neta com 16 anos. Ela também trabalha no hospital e não podiam cá entrar, só há pouco é que podem. A minha neta, a minha filha e o meu genro já cá vieram mas foi só agora.</p> <p>M4- Vêm sim senhora. Os meus filhos que têm mais disponibilidade vêm todas as semanas. São o mais novo e o mais velho que vêm todas as semanas. Os outros vêm menos vezes, um anda sempre fora, no estrangeiro, damo-nos todos bem.</p>
Relacionamento com amigos e vizinhos	Proximidade	<p>C 1- Por enquanto só cá veio uma vizinha da minha rua e há outra que vem cá qualquer dia. Eu com 83 anos nunca me dei mal com ninguém. Nunca discuti por isso ou por aquilo, nunca, nunca. Por acaso em Bombel pessoas que gostam muito de mim.</p> <p>R3- Pois, eu morava em Cabrela, vim para aqui deixei de conviver com eles e pronto é assim.</p> <p>J4- Eu vivia sozinho, não tinha lá amigos. Tenho outros de antigamente mas esses não vêm.</p> <p>MB4- Não, infelizmente os amigos que tinha faleceram.</p>

		<p>MCH 4- Tenho e tenho amigos aqui.</p> <p>MV 4- Saí da terra muito cedo, não tenho nenhum</p> <p>M4- Eu tenho amigos em todo o lado que estive. Há uma amiga a quem telefono e sei notícias de todos os outros e eu comunico constantemente com ela.</p>
	<p>Frequência de visitas</p>	<p>R1- Eu tinha quando haviam visitas, agora vêm pouca vez, Vinham cá muita vez mas agora isto das visitas é assim. Estão longe, vêm cá , são só uns 20 minutos ou meia hora ao pé da gente. E agora é que é ao pé da gente antes era, eles lá na estrada e a gente aqui na porta. Isto agora levou uma grande volta. Foi uma volta muito grande para todos. Antes entravam aqui, estavam aqui com a gente. Não tenho razão nenhuma, vim para aqui, ninguém me desprezou.</p> <p>V1- Há, os meus vizinhos não têm cá vindo. Só veio cá uma porque tinha ai uma comadre. Mas depois nunca mais cá veio.</p> <p>P2- Isso não, são de longe e não há transportes. (...)Sou de Cabrela.</p> <p>G2- Todos os meus amigos são da idade daquela além que é minha colega do quarto, e coitados para conduzirem é complicado, não têm vindo por causa da pandemia. E depois é elas e eles é que têm o carro e depois pedem aos maridos para vir e pronto.</p> <p>R3- Ainda não tive ninguém que me viesse visitar, também não estou aqui há muito tempo, mas se eu já tenho essa idade outros amigos têm mais. Nesta idade também já não podem sair de casa, para sair de casa só com um carrinho e nem sempre as pessoas que têm carrinho estão disponíveis.</p> <p>MM3- Eu amigos tinha aos montes mas aqui só apareceram 3. Às vezes telefonam-me.</p>

	<p>R3- Quando a gente está nestes lugares é difícil, não quer dizer que as pessoas não queiram mas não podem.</p> <p>J3- Eu já tenho dito lembro-me de ir visitar mas vou com quem? Para ir tenho que estar a incomodar outra pessoa, não vão deixar a vida que têm, não dá.</p>
	<p>F3- Nem por isso</p> <p>MCh4- Isso agora não podemos, olhe vim para cá, já não podiam cá entrar, só há pouco tempo é que é permitido. Falo muito com eles ao telemóvel.</p>

<p>Relações com a comunidade envolvente</p>	<p>Visitas ao exterior</p>	<p>AS 1- Eu saio, vou a Évora, vou ver do aparelho.</p> <p>R1- Saio para ir ao médico, fazer exames. No dia da mãe é que fui almoçar à da minha filha.</p> <p>C1-Eu fiquei sem a minha casa, foi entregue ao dono. Já fui passear, já fui visitar a casa da filha quando o meu neto fez anos.</p> <p>V1- Agora já não, agora tenho saído pouco. Antes de vir saía muita vez, ia à do meu filho, ia à da minha filha estes que moram em Vendas Novas. Ia lá almoçar ou jantar.</p> <p>A CH1- Eles nessa altura quando eu vim para aqui ainda não estavam todos na Suíça e então ia a casa desse que estava em Portugal. Eu também andava por aqui à vontade, eu gostava de tirar as ervas e os matos que estão por aqui.</p> <p>T2- Tenho aquele cunhado que mora lá. Eu sou de lavre ele mora lá ao pé, as casas são uma ao pé da outra. Vem-me buscar muitas vezes e também temos família em Vendas Novas. É aquele meu cunhado, às vezes vem buscar-me almoçamos lá e outro vem trazer-me, é assim o convívio.</p> <p>G2- Sim, ainda agora quando cá estiveram, os netos vieram-me buscar, passei a tarde com eles.</p> <p>T2- Agora eles estiveram ai de férias e o tempo em que estiveram de férias eu estive lá e depois vieram novamente me trazer.</p> <p>P2- Nunca. (...) Às vezes o meu filho até quer que eu vá lá, mas eu já não me sinto bem na casa deles, têm crianças e acho que já estou a mais.</p> <p>Ca2- Muito raramente, mas é assim, eu sair para onde? Tenho a minha mulher muito longe. MS3- A mãe da Dina trabalha ali na escola há 34 anos, o meu filho faleceu mas ela fez vida com outro senhor viúvo irmão da minha nora, estão a viver.</p>
---	----------------------------	--

		<p>Ela vai e vem, leva-me à sexta e traz-me à segunda. Tenho uma família muito boa, não sei se há alguém que tenha uma família como eu tenho.</p> <p>M Ch4- Eu vou a casa muita vez.</p> <p>M B4- Eu vou sim, os meus querem que eu vá mais vezes, mas eu como gosto de estar aqui e depois também estive muito doente, estive com uma pneu- monia, estive internada e às vezes acho que está muito frio para sair, para eu andar aqui e além. Te- nho um irmão que é muito querido e a minha cu- nhada também e querem que eu vá. Mas eu por en- quanto se Deus quiser, o meu bisneto faz aninhos este mês e eu estou a pensar em ir pois é em meados de Março e o tempo estará melhor.</p> <p>J4- Só sai para uma reunião em Évora e para os meus anos, este ano fui a casa da minha filha, no ou- tro ano estava pior, ainda foi cá em Montemor o al- moço com eles.</p> <p>M4- Exatamente tal e qual, fui passar a noite de Na- tal com o meu filho mais velho juntaram-se lá todos.</p>
--	--	--

Alterações nas relações de proximidade com amigos e familiares após a entrada no lar	Alteraram-se	<p>R1- Eles quando puderam vinham-me cá ver, agora como isto está assim não vêm. Não tenho a mesma conta de amigos porque alguns já morreram.</p> <p>M B4- Sim, talvez um bocadinho melhor. Não sei, talvez umas confusões que às vezes havia, não há dúvida nenhuma minha filha. E agora sou mais querida , o que precisa, o que não precisa. Veja lá o que precisa, veja lá o que lhe faz falta. Apesar de eu ter um quarto na casa do meu filho, eu tive que deixar a minha casa porque o meu filho assim o quis. Deixei a minha casa aonde criei os meus filhos e tudo mas pronto. Quis arranjar-me um quarto na casa dele. Já lá estava há 14 anos, olhe faz este mês em Março 14 anos que fui para casa do meu filho. Com a mobília toda que era da minha filha, coitadinha. Às vezes haviam desentendimentos entre nora e sogra, aqui estou melhor, estamos todos bem graças a Deus.</p>
	Não se alteraram	<p>V1- Há, é a mesma coisa.</p> <p>G2- Comigo não.</p> <p>T2- Comigo está tudo na mesma.</p> <p>C2- Está tudo bem.</p> <p>MS3- Igual</p> <p>MV4- Igual.</p> <p>M4- Exatamente tal e qual.</p> <p>M Ch4- Eu não.</p> <p>J4- Não.</p>

Tabela 2- Acolhimento e adaptação à instituição

Registo		
Formal	Semântica	Contexto
Razões para a entrada na instituição	Saúde	<p>V 1- Estive em casa 4 anos sozinha, eu sou uma pessoa que também tem problemas nas pernas (...) estava na cama e a minha filha vinha do trabalho e tinha que tratar de mim (...). Você não vai lá para a minha casa e eu achei muito trabalho, e então fui para casa dela. Estive lá na casa dela 6 anos, mas depois adoeci, fui para o Hospital e à minha filha apareceu-lhe uma doença degenerativa e ela fez uma operação muito rigorosa ao coração. (...) E então eu estive no Hospital duas vezes. (...) Comecei a pensar, agora como é que vou para casa e disse "arranja lá um sitio para a mãe". (...) E então foi por isso que eu para aqui vim, vim do Hospital e vim para aqui.</p> <p>R1- Eu vim com a intenção morrer ao fim de dois ou três meses e já cá estou, já faz 3 anos. Eu vinha doente com enfartes uns atrás dos outros, no último que tive aqui fui para Évora , estive lá 15 dias, nunca pensei de chegar viva. Olha a minha sorte se não tivesse chegado lá viva.</p> <p>C1- O filho disse que não podia ir para a casa dele porque a minha nora disse sempre que não fazia por mim, nem por ninguém. (...) Porque</p>

		<p>MR3- Eu vim para cá por me faltar vista e depois nessa altura eu vivia com a minha nora, a mãe da Dina. A mãe da Dina já estava aqui na escola, como está na escola em Coruche e o meu filho está na secretaria da escola em Coruche.</p> <p>MM 3- Olhe eu vim para cá pelo seguinte, a minha mulher teve um (...). Não eu já estava aqui inscrito há 3 anos, mas era além para as casas, não era para aqui, era para os aparta- mentos. Depois a minha mulher teve uma espécie de um AVC e a gente ficamos em casa sozinhos. Aqui é que está agora o problema (...) Mas veio do Hospital, chegamos aqui, o meu filho tinha arranjado para aqui, mas não havia vaga, eu estava inscrito mas aqui estava cheio. Então levaram-me para a Afeiteira. Estive lá um tempo, depois zanguei-me lá com o Pintor</p> <p>J4- Porque estou doente, quem é que está aqui que não esteja doente. Saí doente do coração e tinha má circulação e então aconteceu que eu fui para o Hospital. Estava na minha casa e fui para o Hospital com falta de ar e aflito com um ataque cardíaco porque eu tinha insuficiência cardíaca. Então estive lá e não me sustinha nas minhas pernas porque para além disso tenho má circulação. As minhas pernas do joelho para baixo estão pretas, então não me sus- tinha nas pernas.</p>
--	--	--

		<p>Já ando, quando vim para cá a perna esquerda na cama nem se mexia, portanto graças a Deus com o meu esforço tenho melhorado. Todos os dias ando mesmo contra a vontade da fisioterapeuta, mas eu ando, a ver se consigo. Vou ter de renovar a carta que acaba em Maio, deixa estar, não faz mal se precisar para tirar uma nova carta, agora é um caso sério.</p> <p>MV4- Porque não podia estar sozinha. Via que não podia, o meu sobrinho que era aqui provedor, era o engenheiro Vilela, soube que eu caí e falou com a minha filha, se eu queria vir que havia uma vaga. Ela olhou para mim e eu disse sim, arranjamos as coisinhas e estou cá há 6 anos, faz em agosto</p> <p>M4- Como já disse, eu já tinha estado em outros lares. Estive na quinta da ponte, estive el alter do chão e na Cruz Vermelha de Vila Viçosa. (...) Eu ia mudando de um lado para o outro conforme me iam transferindo e agora o meu filho e eu também decidimos que viria para aqui. É muito bom estar aqui. Dois vêm-me ver todas as semanas é assim. (Idosa em cadeira de rodas)</p>
	Isolamento	<p>AS1- Estive dois meses em casa da filha e ela estava a trabalhara ainda, e disse "pai eu trato de si". Tinha que vir á hora de almoço, vinha trazer o almoço e depois andava naquela correria. E eu disse "olha filha, eu quero que tenhas descanso na vida, a tua vida chega-te bem, arranja um lugar para onde eu ir"- "Pai não te estou a por na rua". (...)Desde que a minha mulher faleceu eu passava dias muito aborrecidos, sozinho e triste. Assim acho muita falta da minha casa mas a esse respeito</p>

		<p>tenho sempre companhia. A aldeia aonde eu estava já não tem quase ninguém, já é tudo velho.</p>
	<p>Preocupações dos familiares quanto à segurança</p>	<p>R3- Os meus filhos iam lá e diziam a mãe de- via para um lar e eu dizia, num lar estou eu. Eu até tinha uns versos escritos lá em cima da mesa.</p> <p>M B3- Vim porque, como é que lhe diga, quer dizer, eu já frequentava, estive no Centro de Dia uns 5 anos e conhecia isto bem. Tive aqui uma irmã que faleceu, e eu conhecia isto tudo muito bem. Um porque eu pensei que um dia viria, mas eu acho que nesta altura ou um bocadinho antes não queria vir.</p> <p>MCh4- Porque, porque estava sozinha, o meu marido faleceu, tinha uma boa casa, graças a Deus com tudo o que era preciso e ao pé da minha filha. Mas a minha filha tem um filho deficiente, tem muitos problemas, de repente pode ir com ele para o Hospital. Quando se calhar muitas vezes podia ser que ele fosse para o Hospital quando em também necessitava para não estar a prender a vida dela e dos outros eu resolvi vir. Sempre disse e vim logo.</p>

	Os familiares	<p>J4- A minha filha o meu genro, eu morava sozinho, 12 anos sozinho, eu fazia tudo desde comida, só não lavava a roupa. Ia a casa da minha filha no Domingo levava uma muda de roupa e trazia outra muda de roupa de vestir, o resto ia para a lavandaria. Todas as semanas ia a Santarém. Pois não tive ouro remédio.</p> <p>MB4- Mas o meu filho e a minha neta resolveram que eu deveria vir e eu vim. Acabei por aceitar e aqui estou no meu quarto lá em cima, sozinha por enquanto, cá em baixo não há vagas. Estou em cima e gosto de estar, tenho as minhas amigas, tenho tudo. Já conhecia algumas lá em baixo já as conhecia há alguns anos. (...) Quando isto aconteceu de eu ainda não querer vir e terem-me posto aqui para ela foi um desgosto profundo, mas tudo se resolveu, está tudo bem, aqui está tudo bem.</p>
	Acordo entre o próprio e os familiares	<p>T2- Agora chegamos à conclusão que eu não poderia devido aos problemas</p> <p>J3- Foi ele (filho) que me perguntou e eu claro que aceitei. Estar na casa dele também não podia, e então aceitei bem vir para cá.</p> <p>F3- Eu decidi vir para cá, eu estava num lar ali em Azeitão e decidi vir para cá porque o meu filho um dia passou por aqui mais a minha neta, e vieram procurar sobre o preço e passado dois ou três meses telefonaram para verem se eu estava interessado e eu disse que sim. Eu concordei com a ideia, é que eles é que estavam a suportar parte da despesa, eu também não quero ser o mau da fita. Eu disse, vocês é que sabem porque a nível</p>

de preço era uma grande diferença.

R3- Quando o meu filho recebeu a ordem já estava aqui inscrita: Falou comigo e disse tenho aqui um problema para você resolver, eu estou querendo que você saia de casa e as condições são estas, assim ou quer ou não quer. Se quiser muito bem, se não quiser depois pode ir ou não. Eu decidi vir mas lar é a nossa casa. Tratam-me bem, graças a Deus tratam-me bem sim senhora, não tenho razão de queixa, só que...

MV4- O meu sobrinho que era aqui provedor, era o engenheiro Vilela, soube que eu cai e falou com a minha filha, se eu queria vir que havia uma vaga. Ela olhou para mim e eu disse sim, arranjamos as coisinhas e estou cá há 6 anos, faz em agosto.

M4- Eu ia mudando de um lado para o outro conforme me iam transferindo e agora o meu filho e eu também decidimos que viria para aqui.

		<p>também a casa de banho, foram elas as duas.</p> <p>V1- Olhe foi quase a mesma coisa, foi a mesma vida. Foi a Marília, a Vanda e outra doutora que aí estava, que lhe chamavam Cecília.</p> <p>AS1- Mostraram tudo, foram logo mostrar tudo, foram logo mostrar tudo e aonde eu era para ficar. "Olhe se vier já esta semana fica aqui". Mas não pude vir ficar lá em cima.</p> <p>G2- Eu não conhecia ninguém, fui recebida muito bem, pela D. Ana pela sua filha e pela Lúcia e pelo Dr. Gabriel que é o filho, muito bem recebida, muito bem. Vieram aqui comigo à sala, apresentaram cada utente, sim, sim, gostei muito e também gosto muito de todos os meus amigos e amigas que estão em lares dizem que não fazem nada disto</p> <p>Ca2- Exatamente, mostraram-me a casa, apresentaram-me as pessoas todas e comecei a gostar.</p> <p>P2- Foi normal, foram-me apresentadas as pessoas e mostraram-me o quarto e falaram comigo, foram agradáveis.</p> <p>T2- Também, vim cá antes mostraram-me o meu quarto, mostraram-me tudo, todas as condições, falamos etc. Eu gostei das instalações, das pessoas todas.</p> <p>F3- Vim para aqui, estava aí a doutora, estava uma auxiliar e depois foi levar-nos as coisas para o quarto é claro. Cheguei aqui acho que alguém disse, está aqui mais um idoso</p> <p>J4- Foi mais ou menos isso.</p> <p>MB4- Eu, quando cá estava a outra senhora, a D. Noélia, eu quando ela me foi encaminhar para o quarto eu disse- " D. Noélia, nem uma</p>
--	--	--

		<p>televisãozinha nem nada?". Ela disse que iam ver isso e que se tinha que puxar o fio.</p>
	<p>Memórias do primeiro dia na instituição</p>	<p>R1- Eu vim logo ali para ao pé dos meus colegas e fiquei bem logo. (...) Não conhecia, foram mostrar o meu quarto e a casa de banho, disseram olha o teu quarto é aqui a tua cama e estas são as outras casas (compartimentos), fui conhecendo pouco a pouco, e arranjam logo ali um cadeirão. (...) Fiquei e a minha filha abalou, a minha filha e a minha neta é que me vieram trazer, nem fiquei a chorar, nem fiquei triste.</p> <p>AS1- E tive que me vir embora para deixar a filha que estava a trabalhar. Então a filha disse " Olhe pai há uma vaga num lar de uma conhecida minha". Vim cá ver, era para ser num quarto lá em baixo, mas eu não pude vir logo nessa semana, tinha coisais a resolver, depois vim ficar aqui em cima.</p> <p>C1- Quando cheguei cá fui ver o meu quarto com casa de banho. Vimos as casas todas (quartos), a minha filha já conhecia a Marília e a D. Milena. A minha filha já a conhecia há muitos anos. A minha filha perguntou à D. Milena e ela disse que tinha vaga.</p> <p>Ca 2- Eu tinha uma aversão completa a estes</p>

	<p>sítios, e eu dizia assim não vou para lá, não vou gostar nada daquilo. Mas depois cheguei cá e comecei a perceber determinados comportamentos, afinal as pessoas eram mais ou menos agradáveis, comecei a gostar e agora estou plenamente satisfeito com isto. É muito importante nós termos aqui pessoas que sejam compatíveis com alguns ideais nossos, e agora quais, não sei, não os posso dizer.</p> <p>G2- Eu não conhecia ninguém, fui recebida muito bem, pela D. Ana pela sua filha e pela Lúcia e pelo Dr. Gabriel que é o filho, muito bem recebida, muito bem. Vieram aqui comigo à sala, apresentaram cada utente, sim, sim, gostei muito e também gosto muito de todos os meus amigos e amigas que estão em lares dizem que não fazem nada disto.</p> <p>Ca2- Exatamente, mostraram-me a casa, apresentaram-me as pessoas todas e comecei a gostar.</p> <p>P2- Foi normal, foram-me apresentadas as pessoas e mostraram-me o quarto e falaram comigo, foram agradáveis.</p>
--	---

		<p>T2- Também, vim cá antes mostraram-me o meu quarto, mostraram-me tudo, todas as condições, falamos etc. Eu gostei das instalações, das pessoas todas.</p> <p>J3- No primeiro dia veio cá o meu filho deixar-me e é assim, eu tenho muita família, vêm cá as minhas cunhadas e os meus cunhados ver-me. Fomos conhecer os idosos estavam todos na sala, a gente entrou e vi-os e depois fui ao meu quarto e foi assim.</p> <p>R3- Tive cá uma irmã, estive cá 10 anos e agora está em casa da filha. Fui conhecer os que mais andavam, estavam na sala grande. Disseram-me sobre fazer costura, eu disse que sabia, nem me fale em costura, apanhei uma fatura de calças e camisas. Olhe temos estado ali. Olhe estar sozinha a olhar, eu gosto é de fazer qualquer coisa, e o que a minha Fatinha diz, você quando não tem inventa. Isso é verdade, mesmo que não tenha nada destinado para fazer, estar parada também não, tenho que saber o que fazer para passar o tempo, mas eu sei que me castigo, o pior é a coluna.</p> <p>MR 3- Olhe para dizer a verdade eu não sou daquelas pessoas que inventam, todos os utentes que eu conheço homens e mulheres, não há quem tenha uma família como eu tenho, puseram-me logo á vontade.</p> <p>J4- Complicado, quem estava habituado a viver sozinho, levantar-se quando queria.</p>
--	--	---

		<p>Quando queria, comia o que queria , fumava os cigarros que queria e pronto fazia o que queria. Ia todas as semana de Évora para Santarém, ia sozinho, durante dois anos até que vim para aqui, ia tratar as minhas pernas, ver um especialista dessas coisas.</p> <p>MB4- Não, não tive problema nenhum porque visto como disse já tinha a minha irmã aqui internada. Frequentava muita vez isto, vinha muitas vezes. Além disso tinha aqui uma senhora amiga que pertencia a uma amiga muito grande que eu tenho e que era como se fosse uma irmã para mim e está no lar também.</p> <p>MCh4- Eu já estava habituada, tantos anos, já conhecia isto tudo muito bem, graças a Deus que tenho esta minha colega, que é colega de quarto, olhe às vezes faço briga, ela deita-me da cama abaixo, mas pronto passa-se assim o tempo.</p> <p>MV4- Foi tudo bem, tem sido tudo bem, de uma maneira ou de outra.</p> <p>M4- Foi normalmente, foi normalmente</p>
--	--	---

Objetos	Objetos que trouxe	<p>R1- Eu o que trouxe foi a roupa de vestir</p> <p>V1- A mim a Marília disse só para trazer a roupa de vestir, foi o que disse. "É só preciso trazer a roupa de vestir, não é preciso trazer mais nada".</p> <p>AS1- Por enquanto não me faz falta nada graças a Deus. A Marília trata muito bem a gente, ela é a mãe de todos nós. Se precisar de alguma coisa diz logo á minha filha " Arranja isto ou aquilo que está a fazer falta", é tudo com ela.</p> <p>C1- Fotografias, a minha filha levou-as para casa, outras deitaram-se fora, fiquei com as mais bonitas, tenho ali uma em que está a filha com os netos. Trouxe a minha cama, o colchão, um camiseiro, uma mesinha de cabeceira e trouxe lençóis, toalhas de bidé, de rosto e toalhas de banho.</p> <p>A Ch1- Foi a D. Milena e o senhor que é marido dela disseram, o que tiveres, eu não trouxe nada, eu não quis. Trouxe a roupa e o resto fizeram os meus filhos pelas coisas todas que haviam lá em casa.</p> <p>C2- Troce muita coisa, roupa, fotografias, comer é que não se pode. Mas somos muito bem tratados.</p> <p>T2- Trouxe o que era necessário, vestuário, calçado, etc. Não quis trazer mais nada, quando é preciso como é aqui pertinho trazem- me e eu vou lá. (...) Trouxe uma peça para</p>
---------	--------------------	---

		marcar furos.
--	--	---------------

		<p>P2- Sim, trouxe fotografias do meu filho da minha nora e dos meus netos.</p> <p>G2- Eu abalei de casa, levaram-me de casa, tive um AVC e depois vim para aqui, a minha nora é que me tem trazido a roupa quando eu preciso. Tenho uma fotografia grande com a minha família toda, o meu filho, os meus netos, os meus bisnetos e a minha nora. Eles fizeram por computador e mandaram fazer uma espécie de álbum que eu tenho na minha mesa de cabeceira.</p> <p>J3- Eu trouxe a minha fotografia e a do meu marido e a do meu filho e tenho-as em cima da mesa de cabeceira.</p> <p>F3- Trouxe fotografias dos meus netos todos.</p> <p>MR3- Não senhora, até dinheiro não trouxe porque elas é que pagam, eles é que sabem. Vim eu e vá lá vá lá.</p> <p>R3- Tenho casa aqui perto, não tenho espaço para ter ali nada, a mesa de cabeceira, faz-me falta para meter a mala que levo com algumas coisas. E então ter coisas que se partem em cima da mesa de cabeceira também não faz jeito. E depois é a cadeira e um armário, vou a casa de vez enquanto e não tenho mais nada.</p> <p>MM3- Olhe arranjam os uma caixa que até tinha só de um ano 60 casamentos, foram quase dois por dia. Era muito convidado porque era muito conhecido, eu é que pus a luz em Vendas Novas, liguei as casas todas, fiquei a conhecer</p>
--	--	---

		<p>toda a gente, casamentos e Batizados e retratos de todos. Retratos que eu tinha com 20 anos, tenho pena desses retratos. Depois de estarmos aqui vamos lá a casa para trazer os retratos e os retratos tinham desaparecido todos. Desapareceu a caixa, tudo nunca mais as viram, perguntei ao filho que lá vai e à neta, ainda se zangaram por cima. Não sei, desapareceu tudo</p> <p>J4- Trouxe o computador, é a minha sorte, tenho-o lá em cima. Chamo-lhe o cú de Judas, vou para o cú de Judas. E então o computador é a minha sorte, outro dia avariou mas já arranjaram, estou a escrever um livro.</p> <p>MB4- Sim olhe a minha neta, depois fiz aqui os 91 anos, dia 17 de Janeiro e a minha neta apareceu-me com uma fotografia do meu bisneto que eu tenho á cabeceira da minha cama. (...) Agora já tenho a minha televisão no quarto, trouxe a televisão da minha casa.</p> <p>MCH 4- Trouxe a minha televisão que é enorme, é grande muitíssimo boa, trouxe a cómoda para por a minha roupa e pronto. Trabalho em bordados à mão, faço as minhas coisas de trabalho e vou trabalhando aqui e pinto eu e a D. Zefa, os desenhos que a Rita dá.</p> <p>MV4- Fotografias.M4- Fotografias, algumas mas poucas porque tenho lá muitas em casa mas não trouxe. Agora podia por uma fotografia na mesa de cabeceira mas não tenho porque tenho dois netos e três netas e não vou por um e não por os outros, tenho o sagrado coração de Jesus.</p>
--	--	---

<p>Objetos que queria ter trazido</p>	<p>R1- Porque não quis, porque eu também falei com a Marília a esse respeito. Eu também não trouxe nada porque também não quis trazer. As fotografias trouxe, tenho-as ali guardadas e pronto. Tenho ali alguns objetos de estimação guardados, e não trouxe mais nada, não trouxe mobílias. Trouxe a roupa de vestir, mas não trouxe roupa de cama mas se agente quisesse trazer a Marília não se importava.</p> <p>P2- Não precisava de mais coisas.</p> <p>G2- Não, porque acho que não é a minha casa.</p> <p>Ca2- Olhe, eu é assim, este é um ambiente que não me diz absolutamente nada, mas que eu tenho que me sujeitar a ele porque é assim. Eu tinha a necessidade de ter algo mais, e é assim a gente tem que ir para um local aonde se dê bem com toda a gente.</p> <p>J3- Sim troucx tudo.</p> <p>F3- Trazer o quê?</p> <p>J4- Tudo, eu tinha mais de dois mil livros, mas não pode ser e só trouxe meia dúzia deles.</p>
---------------------------------------	---

Como é tratado	Pelo nome próprio	<p>V1- A mim é Visitação.</p> <p>C2- Pelo nome.</p> <p>T2- Por mim também, falam assim e o que eu ouço dos outros utentes é tudo pelo nome.</p> <p>G2- Eu é sempre pelo nome.</p> <p>MM3- A mim tratam-me bem, senhor Martins, dona Custódia. Ela fala pouco eu não, se me querem ver contente é estar com gente.</p> <p>J3- Tratam-me por senhora</p> <p>MCh4- O meu é pelo nome, já me conheciam antes, eram todas conhecidas, não tenho razão de queixa.</p> <p>J4- Eu sou o Sr "J" mas porque há mais "jotas", o meu vizinho é o José Vicente Carvalho. Mas às vezes tratam-me pelo apelido.</p>
	Pelo apelido	<p>R1- Elas tratam a gente pelos nomes ou pelos apelidos.</p>
	Por outro nome	<p>R1- A mim é tia Rosário (...) Aquele é ti Ser-ralha, aquele é ti Charneca.</p> <p>A S1- A mim chamavam-me o Sara porque eu tinha uma irmã chamada Sara.</p> <p>G2- Este senhor não, ele é tratado de outra maneira, mesmo as empregadas é todas, senhor doutor de Cascais, é o tio de Cascais ou o senhor doutor (Risos).</p>

Tabela 3- Vida na instituição

Registo		
Formal	Semântica	Contexto
Dia a dia na instituição	Rotinas de higiene e refeições	<p>MR3- Eu, comer em primeiro lugar o pequeno almoço, depois do almoço vou beber um cafezinho com o Sr. António, lá aonde ele trabalha, depois venho para aqui e depois há ginástica, quando há. Mas eu ando com umas dores aqui por cima nas pernas e nos braços. Depois olhe vou até lá ao quarto, agora estava lá. Tenho lá uma a telefonia, ponho a tocar e depois venho para baixo e por aí ando.</p> <p>MB 4- gosto de passar um bocadinho do serão com elas, porque os serões agora ainda são muito grandes e jantamos às 18.30 horas. E depois eu às vezes vou lá a cima, visto o robe ou o pijama, conforme, depende e depois venho para baixo, estou com elas um bocadinho e depois vou para cima. Vão-me dar o chá e o comprimido para dormir.</p> <p>J4- Levanto-me, faço a higiene, fazem-me ainda, já me visto sozinho, sentam-me na cama e faço tudo porque eu quero e pronto nas refeições vou para o refeitório. E por causa das minhas pernas normalmente depois do lanche vou para a cama, incham muito.</p> <p>MB4- Sim, levanto-me mas olhe por acaso fazem-me a higiene (...).fazem-me a higiene de manhã e á noite, além do banho, lavam-me põem-me creme para não desidratar e aquelas</p>

		<p>coisas todas. Depois tomamos o pequeno almoço por volta das 10 horas, eu tenho tido muita fala de apetite, muita, muita. (...)Há depois do pequeno-almoço vou lá para o cantinho aonde estou sempre a fazer, olhe eu até tinha umas coisas para pintar mas a senhora pinta melhor do que eu e mais depressa. A Dr^a Ana Rita dá-me desenhos, eu gosto, mas ficam mal, mas gosto muito de fazer os meus bordadinhos ali riscadinhos no pano e vou fazendo à minha maneira é o que eu faço.</p> <p>MCh4- Faço a higiene sozinha, tomo banho todos os dias, visto-me arranjo-me , tomo o pequeno almoço e vou para o meu quarto bordar, faço todos os bordados, graças a Deus. E então entretenho-me a fazer uma coisa qualquer, pintar bordar, ou fazer umas coisas para aqui, umas coisas de costura.</p> <p>M4- Levanto-me, tomo banho, ou vou-me lavar porque nem todos os dias tomo banho, depois tomo o pequeno almoço e vou para a sala. A primeira coisa que faço é rezar o terço, logo ali de manhã, depois leio, tenho lá os livros, tenho muitíssimos livros em casa, muitos não consigo traze-los para cá todos, assim trago um e o meu filho traz um, leva aquele e traz outro. Gosta de ler e fazer palavras cruzadas e aquelas coisas, sopas de letras.</p>
--	--	--

Atividades	<p>AS1- (...) e pinto desenhos. (...) São os desenhos que a gente faz ali, há ali para a gente fazer. (...) Eu se não tiver nada para fazer fico mais aborrecido. (...) Ontem fui fazer um desenho e esta mulher (D. Visitação) também lá estava.</p> <p>R1- Quem pode fazer faz, quem não quer fazer não faz.</p> <p>V1- Fazemos muitas coisitas.</p> <p>C1- Também fazemos ginástica.</p> <p>ACh1- Eu gostava de plantar isso aí, mas agora não posso.</p> <p>R1- Há muita coisa, começamos a fazer umas flores, feitas com caixas de ovos.</p> <p>AS1- O corredor está cheio de coisas que a gente fez.</p> <p>T2-Jogos por exemplo,</p> <p>C2- Jogos e ginástica.</p> <p>G2- Vamos à praia (risos), já fomos à praia aqui nesta casa (risos). Tiram fotografias, mandei a todos os meus amigos, isso é que eles diziam, está muito giro, com um pano por trás. Atrás de si, está outo, o do dia da mulher. Participamos há pouco tempo num concurso de talentos, gravamos um vídeo.</p> <p>T2- O que eu faço é jogar às cartas. Sempre passamos um bocadinho, umas horas diverti-</p>
------------	--

	<p>das. É para distrair, ninguém ganha nada, é para passarmos o tempo.</p> <p>G2- Eu gosto de jogar ao dominó, mas ninguém quer jogar comigo.</p> <p>Ca2- É a única coisa que a gente vai fazendo aqui.</p> <p>F3- Eu ultimamente mais um senhor que se chama Timóteo tenho passado as manhãs e às vezes as tardes a jogar dominó. Às terças e quintas ficamos ali a jogar às cartas.</p> <p>MM3- O resto da animação temos tido falta aí de uma animadora. Agora estamos aí outra vez sem ela. Esteve aí uma mas já não vem, não sei empregou-se para aí em outro lado.</p> <p>R3- Quando vim para cá estava cá a Ana.</p> <p>MV4- Às vezes temos a ginástica também, temos atividades, ainda ontem fizeram aí umas atividades.</p> <p>MB4- Temos ainda ginástica todas as semanas, ainda foi hoje.</p>
--	---

Cuidados de saúde	<p>R1- Temos a enfermeira e quando é preciso vamos ao médico.</p> <p>G2- Eu fui duas vezes ao médico desde que aqui estou. A primeira vez foi ao fim de uma semana. Acho que é sempre quando chega cá um utente, a enfermeira marca uma consulta. E fui agora outra vez, por causa do umbigo, tenho uma quebradura que me anda a doer. E diz que vai enviar uma carta para o hospital.</p> <p>Ca2- Eu, é esta minha patologia , portanto não me diz absolutamente nada porque eu não tenho nada, tirando esta parte, que é a parte em que preciso de apoio, é o equilíbrio, de resto não tenho mais nada de nada.</p> <p>C2- Foi só quando fui ao hospital, tinha qualquer coisa na barriga, e depois tive que lá ir outra vez.</p> <p>R3- Quando temos que ir a gente vai, quando é menos carregado a enfermeira vem e dá andamento a isso.</p> <p>F3- É quando é preciso.</p> <p>MB4- (médico) Não esse não, desde que eu cá estou, não veio. A doutora que estava aqui foi para Évora. (Enfermeiros) Isso temos sempre.</p>
-------------------	---

	Cuidados de beleza	<p>R1- A Cabeleireira vem já cá veio este mês. A gente quer e ela assim faz como queremos.</p> <p>C2- A cabeleireira quando é preciso</p> <p>R3- Vem, olhe não veio cá quando foi do vírus. Mas agora já começou a vir. Há 3 semanas que veio cá duas vezes. Estava cá uma rapariga na cozinha que cortava o cabelo</p> <p>MR3- Aquele senhor que está com a mãe da Dina é que me corta o cabelo.</p> <p>MM3- A mim também é a minha neta que me corta o cabelo.</p> <p>MB4- Costuma sim, estive cá hoje, há algum tempo que não vinha. Esta senhora que cá veio hoje é a senhora com quem há muitos anos costumo arranjar o cabelo.</p>
Dia a dia	Pontos positivos	<p>V1- Gostamos, mas a gente já não faz nada de jeito. (Ginástica)</p> <p>AS1- Uns fazem melhor e outros pior. (Ginástica)</p> <p>ACh1- Eu gostava de plantar isso aí, mas agora não posso.</p> <p>Ca2- Temos uma alimentação mais cuidada. Tudo o resto penso que está mais ou menos, penso que satisfaz plenamente.</p> <p>G2- Antes disto me dar, ma maioria dos dias eu não almoçava. Tomava o pequeno almoço tarde, depois na hora de almoço não tinha fome</p>

		<p>e aí pelas quatro e meia cinco horas co- mia uma peça de fruta, um pedacinho de pão e era o meu almoço.</p> <p>C2- Quem não gosta não come. Eu gosto de tudo. Sou diabética, também não posso comer de tudo. Aqui estamos muito bem tratados.</p> <p>G2- Eu também gosto de tudo. Eu até, uma coisa que eu tenho é na comida ao princípio era sempre parabéns às 3 cozinheiras e agora para não ser sempre a mesma coisa digo 5 es- trelas. Se eu passo e não digo nada alguém mete conversa e diz esqueceu-se, ou hoje não gostou e eu volto para traz, 5 estrelas.</p> <p>T2- Eu sou de boa boca, gosto de tudo menos de miséria.</p> <p>J3- Eu cá gosto de estar na costura, fui logo para ali e ali tenho estado sempre ali nestes 4 anos. Vou às vezes à água da torneira que ali está, damos às vezes uma voltinha ali á volta e é assim. Eu gosto de dar a volta ao lar. Quando está de chuva não podemos sair daqui é quando estamos mais presos.</p> <p>MR 3- Aqui o trabalho vem feito. Tenho que conviver com as pessoas e respeitar as empregadas da primeira á última. Há aí umas 3 ou 4 que conheço só pela voz.</p> <p>R3- É estar sentada e comer.</p> <p>J4- O computador, tenho a televisão com to-</p>
--	--	---

		<p>dos os canais possíveis e imaginários e depois estou com o mundo.</p> <p>MB4- Bordados, gosto, gosto muito apesar de não ficarem perfeitos mas gosto muito, mesmo muito de estar entretida a fazer aquilo.</p> <p>MCh4- Eu gosto de fazer tudo mas bordados foi sempre a minha profissão.</p> <p>MV4- Bem, faço a minha higiene, tomo o pequeno almoço. Eles gostam da sala eu não, gosto do meu quarto. Tenho no meu quarto um cadeirão para mim ao pé do aquecedor e vou fazendo os trabalhos. Eu trouxe a minha mesinha que é enorme, é muito boa, trouxe as minhas coisas.</p> <p>MV4- Bordar</p> <p>M4- Gosto de fazer tudo, tudo o que faço, gosto de fazer.</p> <p>J4- Normalmente vou, só que aquelas coisas não me dizem nada</p>
	Pontos negativos	<p>V1- às vezes o que aborrece mais é estar ali sentada. Quando estamos sem fazer nada chega a pontos que estamos aborrecidos.</p> <p>Ca2- Olhe eu gostaria de uma coisa, não há musica todos os dias- Há uma coisa que eu gosto muito que é hortaliça e elas metem-me mais hortaliça e elas vêm dizer, não pode comer tanta hortaliça. Não posso comer, é pá mas eu</p>

estou a dar tanta despesa pela hortaliça. É pá, eu quero comer é verdes, venha lá o agrião, venha lá o tomate, venha lá.

G2- Só há uma coisa, tenho que ser sincera, só há uma coisa que eu acho que falta aqui é não ter forma de ir ao quarto mais vezes. A gente às vezes apetece-lhe ir ao quarto e não deixam. Elas andam a limpar, mas é só da parte da manhã, mas de resto está tudo bem.

MM3- A minha mulher farta-se de chorar, não gosta de estar aqui, nem aqui nem em nenhum, a mulher quer ir para casa. Todos os dias assim que entra lá no quarto, a casa de banho é muito pequenina. Ali ando sempre as cabeçadas de tão pequena que é.

MM3- Eu ando com uma falta de andar, quando fomos a Fátima eu cheguei a um ponto que já custava acompanhá-los, eu já disse à doutora que tenho que andar. Fui ao médico, o médico disse que tinha que andar todos os dias, saíram comigo uma vez ou duas e pronto, até hoje. (...) Pois eu sozinho não sou capaz, com outras pessoas basta só ir e dizer está aí um buraco, de resto eu ando bem.

J3- A minha casa de banho é para 10 pessoas, tem uma sanita um bidé e um chuveiro.

		<p>J4- Olhe não é uma queixa, é os quartos somos 3, ontem foi outro senhor para lá, foi uma noite terrível mas pronto.</p>
		<p>MB4- Ai eu acho o comer, tem dias. Não digo que seja ruim, lá está, eu não sei. A gente na nossa casa também não come bom, ninguém é rico, ninguém come bem, não comemos mal. Eu na casa do meu filho, graças a Deus também não me faltava nada. Mas aquilo que a gente gostava é que não podem dar, presunto a gente não come, se é aqueles queijos alenteja- nos fazem mal, enfim aí é que está o problema. É aquela sopa sem gosto nenhum, uma frutazinha cozida, sabe bem, eu até prefiro fruta cozida.</p> <p>MCh4- Há coisas que às vezes a gente diz que gosta menos num dia , mas que gosta disto ou daquilo, não vejo assim nada.</p> <p>MV4- Gosto de tudo.</p> <p>M4- Não tenho nada que não goste.</p>
Relações	Com os outros residentes	<p>AS 1- Graças a Deus damo-nos e com as empregadas não há nada. Respeitamo-nos uns aos outros que é a coisa mais bonita que há.</p> <p>R1- Faz de conta que somos todos irmãos.</p> <p>V1- Estamos cá todos pelo mesmo.</p>

		<p>Ca2- Depois comecei a ver que havia muita gente aqui mas que era tudo pessoas mais ou menos com os ideais que eu tinha. Então eu comecei a gostar, a gente dá-se bem com toda a gente, tem que se dar bem mesmo com toda a gente.</p> <p>C2- Eu tenho aqui muitos amigos e amigas</p> <p>G2 Tudo bem.</p> <p>MB4- Somos todos uns queridos, uns para os outros. Estou a falar das funcionárias e dos utentes também</p>
	Com os colaboradores	<p>R1- Eu bem. (...)São boas para a gente, as vezes o corpo não aguenta com a gente. (...)Seja este, outro ou outra tratam tudo por igual, fazem o que podem. (...)Não há que dizer, estou cá há 4 anos e ainda não vi uma funcionária responder mal a um velhote, trata-lo mal ou fazer o que não deveria, nunca vi por isso não posso dizer que vi. Para mim não tenho assim nenhuma, nenhuma queixa. Já têm abalado algumas daí. (...) Vêm cá ver a gente.</p> <p>A S1- Eu olhe, gosto delas todas.</p> <p>V1- Não há nenhuma que seja ruim para a gente. (...) Não há que dizer, se alguém disser é porque quer dizer.</p> <p>A S 1- Se alguém disser é porque inventa.</p> <p>C1- Trazem bolos e tudo para darem à gente.</p>

		<p>G2- Eu gosto de todas, não tenho nada a dizer.</p> <p>C2- São todas boas pessoas.</p> <p>Ca2- A gente diz você não gosta daquela, eu aqui não tenho nada a dizer. A minha mulher todos os dias me pergunta: " _Dás-te mal com alguém?".</p>
--	--	---

Não tenho cá ninguém com quem diga que me dou mal. Eu gosto delas todas. Porque eu vejo que às vezes elas quando há algo que não está corretamente. Eu vejo e penso que há algo que não está correto, mas se calhar é da minha parte e fico com um pé atrás e penso já fizeste asneira. Eu tenho que me dar bem com todas. Acho que não há aqui nenhuma que eu diga assim, dou-me mal com esta, não há nenhuma, zero.

R3- Para mim são todas boas, não tenho nada a dizer, gosto muito delas.

MR3- A gente vai-lhe dizer o quê? Depois dizem que não é verdade, depois não sei quem é calo-me, por mim não há nada. Houve ai uma brasileira que andava lá na limpeza, fui á casa de banho e estava ocupada. Ela quando eu ia a sair disse vai sujar isto tudo. Eu disse porra e toma, ficou lá encostada depois vim dizer á doutora. Disse a doutora assim quando ela lhe fizer isso, faz o serviço no corredor e depois vem dizer que ela limpa. Elas não estão cá para outra coisa, se a gente não sujar elas não limpam. (...) Olhe vou-lhe já dizer uma coisa, está a ver estes 5 dedos, não são iguais. Atenção, não estou a dizer mal de ninguém. (...) Olhe comigo tanto faz, eu como o meu companheiro do quarto não as incomodamos, elas connosco não perdem tempo porque trabalham demais. Se tivermos algum problema temos a campainha. Ainda estamos em condições de resolver um problema.

--	--	--

		<p>MM3- São todas boas para mim.</p> <p>F3- Foi uma coisa que eu estranhei logo á chegada, eu penso que é do caracter das pessoas. A minha filha mais nova uma vez que veio cá disse-me fomos tomar um café e você sabe lá, aquilo é uma linguagem, olhe tenho a impressão que é da linguagem das pessoas (...) É uma linguagem por exemplo: estás bem, ou não sei o quê.</p> <p>MB4- Gosto, gosto aliás as funcionárias, alias eu já as conhecia e também lá estão as que eu não conhecia. Mas há aqui pessoas "pequenas" até a Sara, a Raquel que são do tempo da minha irmã. Conheço parte delas, tenho uma sobrinha aqui na lavanderia que é casada com um sobrinho meu. De vez em quando vai-me ver, é muito querida, também olhe, somos to- dos uns queridos, uns para os outros.</p> <p>MCh4- Dou-me muito bem, graças a Deus.</p> <p>MV4-Elas são muito simpáticas.</p>
--	--	--

Tabela- 4 Dimensões de liberdade, autonomia e autodeterminação do cotidiano da instituição

Registro		
Formal	Semântica	Contexto
Opinião sobre as atividades	Pedem a opinião as pessoas idosas sobre as atividades	<p>A S1- O que elas mandam fazer a gente faz, mas a gente é que vai fazendo pela nossa ideia, temos os desenhos que queremos, temos os lápis, essas coisas todas. Um gosta mais de uma cor, outro gosta mais de outra cor e é isso.</p> <p>V1- Elas fazem os desenhos e depois dizem a cor é como vocês quiserem.</p>
	Não pedem a opinião das pessoas idosas sobre as atividades	<p>M M3- Não.</p> <p>G2- Não perguntam.</p> <p>MR4- Não.</p>
Opinião sobre os serviços prestados	Pedem a opinião as pessoas idosas sobre os serviços prestados	<p>Ca2- Já lhe disse a elas até arranjam pratos à parte para o Carlos. Vem um prato para o Carlos, só que eu às vezes vejo que já não é bem aquilo que eu quero, é pá, eu gosto de saladas, saladas e mais nada. Salada com condimento qualquer, mas eu gosto é de saladas. E acho que é isso que está a falhar um bocado neste ambiente.</p>

	<p>Não pedem a opinião das pessoas idosas sobre os serviços prestados</p>	<p>R1- Não temos nada a ver com isso. F3- Não. Não há muita comunicação. J3- Não M M3- Não R3- Elas é que fazem da maneira delas. Fala-se muita coisa mas não há muita coisa com elas. MV4- Não</p>
<p>Quem costuma pedir a opinião os entrevistados</p>	<p>Diretora Técnica</p>	<p>MV4- Quando a gente quer conversa. MCh4- Às vezes sobre trabalho outras vezes sobre outras coisas. Quanto a isso el lembro- me de todas as coisas porque estava aqui desde os 11 anos, não tem fim.</p>
		<p>MB4- Eu a Dr^a Anabela ainda me lembro do namoro dela com o marido. Para dizer à doutora, a doutora Ana Rita é a madrasta da minha neta. O marido da Dr^a Ana Rita era o marido da minha filha que Deus tem. A minha neta tem casa à parte com o marido e com o filho, é madrasta da minha neta mas cada um em sua casa.</p>
	<p>Membros da Direção</p>	
	<p>Outro colaborador</p>	
	<p>Ninguém</p>	<p>R1- Não pedem. Ca2- Ninguém. R3- Não costumam pedir.</p>

Forma de expressar as opiniões	De uma forma livre sem medos	<p>R1-Sim.</p> <p>R3- Sim</p> <p>MB4- Sim, sim, eu acho que sim, desde que a gente não diga palavrões, a gente dizer o pensa pode dizer.</p> <p>M4- Sim, podemos. Eu não gosto de pescada e elas fazem-me outra coisa.</p> <p>J4- Sim, era só o que faltava.</p>
	Com algum receio	
Respeito da privacidade, intimidade e autonomia	Batem à porta antes de entrarem nos quartos	<p>R1- A gente se precisa de alguma coisa toca à campainha. À noite estamos a dormir e elas andam ai na volta com a luz do telemóvel. Aqui a gente está bem, a gente se vê que precisa de alguma coisa chama. Ela se vê que a gente está sossegadinha abala e vai-se embora.</p>
	Higiene cumpre as regras de privacidade quando fazem a higiene	<p>V1- Sim</p> <p>R1- Pois fazem. Vão para a casa de banho, os quartos têm todos casa de banho, esses que podem ir. Se alguma não pode ir elas tratam dela na cama.</p>
		<p>J2- Sim</p> <p>R3- Sim</p> <p>MB4- Muito, muito, muito.</p> <p>J4 Cinco estrelas.</p> <p>M4- Mesmo muito.</p>

	<p>Decisão do vestuário</p>	<p>C1- A gente tem as nossas coisas, a gente é que escolhe.</p> <p>A S1- Para já sou eu que vou buscar. (...)</p> <p>V1- Dentro do roupeiro, temos lá a roupa e depois escolhemos.</p> <p>R1- A gente é que escolhe. (...)Eu levanto-me ajeito-me, para tomar o pequeno almoço, antes de sair do meu quarto vou ao meu guarda roupa, tiro a minha roupinha toda para vestir. Deixo-a toda dobrada em cima da cama. Elas vem " Ó Rosária tem as suas coisas prontas para tomar banho?", elas vão lá buscar e vamos para a casa de banho.</p> <p>G2- Sou eu, põem-me em cima da cama e sou eu que arranjo.</p> <p>T2- Eu, ainda ontem lá tinha duas camisas dobradas, põem lá e eu é que gosto de arrumar tudo, eu é que escolho a roupa.</p> <p>C2- Eu ainda visto qualquer coisa da cintura para cima ainda me visto, eu é que escolho.</p> <p>R3- Somos nós.</p> <p>J4- Somos nós.</p> <p>MV4- Sou eu.</p>
<p>Respeito pelas convicções religiosas</p>	<p>Há respeito pelas convicções religiosas</p>	<p>R1- Eu acho que sim. (...) Agora não têm cá vindo mas antes vinham e às vezes havia missa.</p> <p>V1- É respeitada.</p> <p>G2- Católica, sim é</p>

		<p>T2- Católico, sim R3- A gente vai á igreja todos os domingos, vamos á missa. Ao domingo há sempre.</p> <p>J3- Amanhã há missa. Dia de todos os santos também houve.</p> <p>F3- Eu não sou muito católico, sou mais evangélico. (A sua religião é respeitada) Sim.</p> <p>MM3- Eu nem ligo, á missa vai quem quer. (...) Eu sou católico porque quando nasci tinha a igreja atrás de casa, eles iam para a missa e a gente também.</p> <p>R3- Uns porque não podem outros porque não querem.</p> <p>MR3- Eu católico, católico não sou. mas vou às igrejas quando é preciso.</p> <p>MCh4- Eu sou muito católica, fui catequista muito tempo, frequentei muito a igreja, tinha alturas em que tomava a comunhão todos os dias, outras não, era conforme</p> <p>J4- Espírita (Religião espeitada) É possível que digam, "ai" quando se fala em espíritos, mas nunca ouvi.</p> <p>M4- Eu sou católica cem por cento:MB4- Também, sempre fui, os meus pais já me batizaram. Eu casei-me pela igreja embora me tivesse juntado, mas a minha mãe enquanto o meu filho não nasceu não me deixou enquanto eu não casei na igreja, os meus filhos foram</p>
--	--	---

		batizados e fizeram a comunhão.
	Não há respeito pelas convicções religiosas	
Administração de	O próprio	

bens	A família	<p>C1- É o meu filho e a minha filha.</p> <p>V1- Eu, é a minha filha que me trata de tudo</p> <p>R1- A minha filha, foi quando me veio cá trazer, ela é que está inscrita para minha encarregada, qualquer coisa é com ela. - Elas é que decidem é a minha filha. A Marília se eu precisar de alguma coisa telefona-lhe. _ "Olha Custódia, isto e aquilo e ela dá andamento". Quando os medicamentos se acabam a Marília telefona "Olha Custódia, falta este medicamento, falta aquele"</p> <p>A S1- A minha também.</p> <p>C2- O meu filho também.</p> <p>Ca2- É a minha esposa que trata de tudo, eu não posso.</p> <p>G2 - É o meu filho que trata.</p> <p>R3- O meu filho.</p> <p>MM3- Eu é o meu filho.</p> <p>J3- O meu filho.</p> <p>MR3- O meu dinheiro eu não trago, se precisar de alguma coisa é com a minha net.</p> <p>F3- É com o meu filho.</p> <p>MCh4- A minha filha.</p>
------	-----------	---

		<p>M.B4- A minha neta e o meu filho, mas mais a minha neta que é fisioterapeuta, foi sempre assim do principio. Tenho o meu filho, também contactam um com o outro. Ela é que paga, já pagava lá , já pagava aqui, os medicamentos, alguma coisa que seja preciso é tudo a Patrícia.</p> <p>M Ch4- É a filha, tudo o que eu fiz por eles, eles fazem por mim.</p> <p>MV4- Estou aqui, podem comprar o que fizer falta que eles pagam, não há problema.</p> <p>M4- É o meu filho mais velho. Ele tem o cartão e faz o que for preciso, ele é que faz os pagamentos das coisas. Vendemos a casa e ele é que tratou de tudo.</p> <p>J4- Eu passei uma procuração com plenos poderes para tudo ao meu filho</p>
--	--	--

	A instituição	
Respeito pelas suas ideias no geral	São respeitadas	
	Não são respeitadas	
Gostam de estar na instituição	Gosta	<p>C2- Eu gosto mais de estar aqui, tenho mais companhia. Já estou a fazer conta que é daqui para de baixo da terra.</p> <p>T2- É que gostava mais de estar lá mas não tinha capacidade para estar lá. Já fui para lá e tive que voltar</p> <p>Ca2- Eu cheguei à conclusão que o ideal é estar aqui mais solitário, é o ideal.</p> <p>3- Todos responderam que gostam.</p> <p>4- Todos responderam que gostam.</p>
	Não gosta	<p>G2- Sou sincera, estou desejando ir para a minha casinha. Mas a vida aqui é totalmente diferente.</p>

Apêndice G- Questionários

Este questionário insere-se no âmbito de uma tese de doutoramento em Serviço Social no ISCTE que tem como tema Intervenção Social e Direitos das Pessoas Idosas em Contexto Institucional. Pretende-se conhecer não só até que ponto as instituições são promotoras dos direitos humanos como também em que medida os assistentes sociais desenvolvem a sua ação no sentido da garantia desses direitos. As principais dimensões a serem estudadas são: Direitos humanos e envelhecimento, Envelhecimento e mudanças sociais Promoção dos direitos humanos em estruturas residenciais. A elaboração deste questionário teve como base várias fontes nomeadamente o Manual Títano para o Atendimento das Pessoas Idosas Vítimas de Crime de Violência da APAV (2010). Pede-se a colaboração de assistentes sociais que exerçam funções neste tipo de estruturas para resposta ao questionário, a quem se agradece.

Consentimento informado

Declaro que autorizo a recolha e tratamento de dados fornecidos neste questionário. Declaro também que tive conhecimento que a participação neste estudo é voluntária, e todos os dados por mim fornecidos são confidenciais e anónimos.

I- Dados sociodemográficos

1- Idade

2- Género:

Feminino Masculino Transgénero

3- Habilitações literárias

Licenciatura Pós- Graduação Mestrado

Doutoramento

Pós-Doutoramento

4- Há quantos anos exerce a profissão de assistente social Menos de 1 ano

1-5 anos

6-10 anos

11-15 anos

16- 20 anos

Mais de 21 anos

5- Em que tipo de instituição exerce funções IPSS

Misericórdia Mutualidade Fundação

Centro Social e Paroquial

Instituição Privada

Outra. Qual? _____

6- Há quanto tempo exerce funções na área das pessoas idosas?

Menos de 1 ano

1-5 anos

6-10 anos

11-15 anos

16- 20 anos

Mais de 21 anos

7- Qual é a função que exerce?

assistente social

Diretora Técnica

Outra Qual? _____

8- Trabalha em que regime?

Part Time

Full Time

9- Qual é o distrito onde exerce funções?

II- Direitos Humanos e Envelhecimento

1- Indique numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) o seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

	1-Discordo totalmente	2- Discordo em Parte	3- Não concordo nem discordo	4-Concordo em parte	5-Concordo totalmente
A Declaração Universal dos Direitos do Homem é um conjunto de regras que definem e promovem os Direitos Humanos.					
Os Direitos Humanos das pessoas idosas estão salvaguardados pela legislação existente.					
Criar legislação específica para a promoção dos direitos das pessoas idosas é um fator discriminatório.					
Criar legislação específica para a promoção dos direitos das pessoas idosas pode constituir um marco importante na promoção dos mesmos.					
O conceito de dignidade está inteiramente ligado à Declaração Universal dos Direitos do Homem.					

2- Escolha dois dos princípios associados ao conceito de dignidade que considera serem mais desrespeitados no caso das pessoas idosas institucionalizadas:

Não discriminação

Direito a cuidados Respeito pela vida familiar Direito à saúde

Direito a decidir Direito à sexualidade

3- Considera o envelhecimento populacional: Um desafio

Um problema

Ambos

Porquê? _____

4- Indique numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) o seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

	1-Discordo totalmente	2- Discordo em Parte	3- Não concordo nem discordo	4-Concordo em parte	5-Concordo totalmente
O envelhecimento populacional é um fator que prejudica a promoção dos direitos das pessoas idosas					
A Sociedade Portuguesa está preparada para lidar com o envelhecimento populacional					
É importante investir em formação na área das pessoas idosas.					

5- Selecione três opções sobre o que deve ser alterado na sociedade portuguesa para que esta consiga dignificar o envelhecimento populacional?

Mais Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Mais Centros de Dia

Mais Serviços de Apoio Domiciliário

Mais Centros de Noite

Maior Promoção do Envelhecimento ativo

Mais adaptações ao nível do Serviço Nacional de Saúde

Mais apoios sociais

Adiamento da idade da reforma

Outros Quais? _____

6- Indique quais dos seguintes instrumentos orientadores já teve oportunidade de analisar?

Plano de Ação de Viena de 1982

Resolução 46/91, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas

Declaração sobre o Envelhecimento aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas

Declaração política e plano de Ação Internacional de Madrid

Todos os documentos

Nenhum documento

7- Teve ou tem conhecimento de alguma situação de violência contra as pessoas idosas?

Sim Não

(se respondeu Não passe à questão 1 do Grupo III) 7.1- Na maior parte dos casos o agressor foi:

Um/a familiar

Colaboradores de uma instituição

Um/a amigo/a

Um/a desconhecido/a

Outro Quem? _____

III- Mudanças Sociais e Família

1- Indique numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) o seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

	1-Discordo totalmente	2- Discordo em Parte	3- Não concordo nem discordo	4-Concordo em parte	5-Concordo totalmente
A família é muito importante na intervenção realizada com a pessoa idosa.					
De uma forma geral as famílias preocupam-se com o bem-estar dos seus elementos mais velhos.					

As alterações sofridas nos modelos familiares ao longo das últimas décadas fazem com que estas tenham menos condições para cuidar das pessoas idosas.					
Alterações ocorridas no mundo do trabalho fazem com que as famílias tenham menos disponibilidade para cuidar das pessoas idosas.					
Estamos perante uma sociedade que valoriza a pessoa idosa.					
Os estereótipos em relação às pessoas idosas estão a mudar.					
As pessoas idosas são um grupo em risco de exclusão.					
Há uma crença comum de que as famílias abandonam as pessoas idosas nas instituições.					
De uma forma geral as famílias não abandonam as pessoas idosas nas instituições.					
Muitas famílias colocam as pessoas idosas em instituições para não terem que cuidar delas.					
Muitas famílias colocam as pessoas idosas em instituições por não terem condições para cuidar delas.					
A institucionalização é um recurso muito utilizado pelas famílias portuguesas.					
Na maior parte dos casos a institucionalização é a solução mais adequada.					
As políticas portuguesas centram-se demasiado na institucionalização.					
O estado português garante o acesso aos serviços indispensáveis para manter a qualidade de vida das pessoas idosas.					

IV- Promoção dos direitos humanos em estruturas residenciais

1- Para cada questão numa escala de 1 (Nunca) 5 (muito frequente) pedimos que indique com que frequência determinada situação acontece na instituição onde exerce funções:

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequente	5-Muito frequente
As atividades são realizadas no mesmo local.					
As atividades têm horários definidos.					
As pessoas idosas são supervisionadas.					
O portão/porta de entrada está trancado.					
As entradas e saídas das pessoas idosas são controladas.					
As rotinas são organizadas.					
As rotinas são repetitivas.					
A disposição das pessoas idosas na sala de estar é previamente definida.					
A disposição das pessoas idosas na sala de refeições é previamente definida.					
As tarefas realizadas pelos colaboradores têm uma limitação temporal definida.					
As tarefas realizadas pelos colaboradores são estruturadas.					
No processo de comunicação entre as pessoas idosas e os colaboradores, há a preocupação de transmitir a informação necessária para o bem estar das pessoas idosas.					
Há um processo de comunicação eficiente entre a direção, colaboradores e pessoas idosas.					
Há respeito pela religiosidade de cada pessoa idosa.					

2- Na instituição onde exerce funções tem prevalência a organização burocrática?

Sim

Não

3- Na instituição onde exerce funções há uma relação de poder entre os dirigentes

e as pessoas idosas?

Sim

Não

4- As instituições têm possibilidade e capacidade para promover o *empowerment* nas estruturas residenciais?

Sim

Não

(se respondeu Não passe à questão 6)

5.1- De que forma as instituições promovem o *empowerment*?

- Respeitam a liberdade da pessoa idosa.
- Promovem as potencialidades da pessoa idosa.
- Promovem a equidade.
- Promovem a autodeterminação da pessoas idosa
- As instituições não promovem o *empowerment*

6- Selecione seis fatores que considera que mais facilitam a integração da pessoa idosa numa instituição:

- A pessoa idosa visita a instituição antes da sua admissão.
- No dia da admissão a pessoa idosa é acompanhada por familiares e/ou amigos.
- Nos primeiros dias de vida na instituição a pessoa idosa recebe visitas frequentes dos familiares e dos amigos.
- A pessoa idosa conheceu previamente alguns colaboradores ou residentes da instituição.
- A instituição privilegia a participação da família na vida da pessoa idosa residente.
- A instituição orienta-se por normas que não limitam a liberdade individual da pessoa idosa.
- As relações de cumplicidade e de amizade são vistas como normais.
- Os colaboradores conversam com a pessoas idosa independentemente do seu discurso repetitivo.
- A instituição desenvolve uma prática de cuidados humanizados.
- A instituição desenvolve práticas anti-discriminatórias e anti-estigmatizantes.
- Os colaboradores estão adaptados às perceções que a pessoa idosa tem sobre o tempo e

sobre o espaço.

A instituição cria dinâmicas entre colaboradores, pessoas idosas e famílias que promovem o sentido de pertença.

A instituição implementa atividades religiosas que promovem a religiosidade de cada um.

7- A pessoa idosa costuma exprimir a sua opinião sobre a alimentação?

Sim

Não

(se respondeu Não passe à questão 8)

7.1- Esta é tida em conta na elaboração das ementas?

Sim

Não

8- Quem normalmente assina o contrato de prestação de serviços?

A pessoa idosa

O familiar responsável

O tutor legal da pessoa idosa

9- Na instituição há alguma pessoa idosa que tenha um tutor legal?

Sim

Não

10- Conhece e já teve a oportunidade de analisar o regime do maior acompanhado?

Sim

Não

(Se respondeu Não passe à questão 11)

10.1- Indique numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) o seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

	1-Discordo totalmente	2- Discordo em Parte	3- Não concordo nem discordo	4-Concordo em parte	5-Concordo totalmente
O regime do maior acompanhado veio suprir uma lacuna existente na lei portuguesa.					
O regime do maior acompanhado promove os direitos das pessoas idosas.					

As pessoas idosas e as famílias devem ser informadas/esclarecidas sobre o regime do maior acompanhado.					
--	--	--	--	--	--

11- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível da alimentação, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Não fornecer variedade de comida e bebida.					
Punir as pessoas idosas através de restrições alimentares.					
Dar alimentos muito misturados e com sabor pouco atraente.					
Fornecer alimentos mal confeccionados e com tempero desadequado.					
Falta de higiene a nível dos pratos, talheres e copos.					
Não respeitar as dietas específicas de cada pessoa idosa.					
Usar alimentos que estejam fora do prazo de validade.					
Misturar bebidas sem ter em conta o gosto individual dos residentes.					
Usar suplementos em vez de alimentos.					
Marcar utensílios específicos para cada residente sem motivo aparente.					

12- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível do vestuário, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
As pessoas idosas serem vestidas uniformizadamente ou com vestuário em más condições.					
Usarem roupas de pessoas que faleceram.					
Algum vestuário ser comum.					
A marca usada na roupa ser visível.					
As pessoas serem obrigadas a usar robe ou pijama durante todo o dia sem razão					

aparente.					
-----------	--	--	--	--	--

13- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de confinamento, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Pessoas idosas fechadas em quartos.					
Pessoas idosas que não podem sair da estrutura residencial em- bora a sua situação clínica o permita.					
Uso de objetos imobilizadores sem justificação.					
Deixar os residentes muito tempo sentados ou deitados.					
Não movimentar as pessoas acamadas com a regularidade necessária.					

14- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de Restrição Social, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Não existirem atividades sensoriais estimulantes.					
Práticas que inibem a privacidade.					
Não potenciar a participação e expressão.					
Não abrir a estrutura residencial à comunidade.					

15- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível da saúde, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Não proporcionar apoio médico quando necessário.					
Não informar a equipa médica sobre alterações no estado de saúde de um residente.					

Não providenciar ajudas técnicas como por exemplo: óculos e próteses dentárias.					
Não terem cuidados de saúde preventivos.					
Não valorizar as queixas apresentadas pelas pessoas idosas.					
Não higienizar próteses dentárias e óculos.					
Usar opiáceos sem prescrição médica.					
Não solicitar o consentimento informado sobre alguns tratamentos médico-cirúrgicos.					
Não respeitar o direito ao sigilo.					

16- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível da supervisão técnica, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Não possuir equipa técnica qualificada					
Não possuir número suficiente de profissionais.					
Não proporcionar formação adequada aos colaboradores.					
Não ter pessoal suficiente para situações de emergência.					
Não ter uma distribuição adequada do pessoal.					
Permitir que os colaboradores não cumpram o regulamento interno.					
Permitir o uso abusivo de poder por parte dos colaboradores					

17- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência se verifica, nas instituições que acolhem pessoas idosas, violação de direitos humanos ao nível das condições das instalações.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Instalações com problemas térmicos (muito quentes ou muito frias.)					
Falta de ventilação.					
Mobiliário sujo, degradado.					
Mobiliário desadequadas para pessoas idosas.					

Iluminação desadequada.					
Colchões sujos, molhados ou deteriorados.					

18- De acordo com a sua experiência indique numa escala de 1 a 5, com que frequência se verifica, nas instituições que acolhem pessoas idosas aonde há violação de direitos humanos a nível da segurança.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Equipamentos elétricos em mau estado.					
Barreiras/condicionalismos de acesso (como por exemplo tapetes, mobiliário).					
Equipamento de fogo em mau estado.					
Reduzido o pessoal durante os fins-de-semana ou à noite.					
Inexistência de campainhas junto às camas					
Não ter ou ter as saídas de emergência bloqueadas.					
Portas trancadas por fora.					
Inexistência de sinalização de emergência					
Não proporcionar sessões de informação sobre segurança para os residentes e pessoal.					

19- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de Privacidade, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Haver várias camas num quarto e não existir um biombo ou cortinas para as separar.					
Não fechar a porta quando se está a realizar a higiene a uma pessoa.					
Não permitir que os residentes estejam sós com os seus familiares e amigos.					
Apressar as pessoas idosas na realização das necessidades fisiológicas.					

20- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de Higiene, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente

Dar banho a várias pessoas na mesma água.					
Deixar as pessoas com fralda suja durante muito tempo.					
Usar as mesmas toalhas e esponjas em vários residentes.					
Falta de cuidados de higiene em pessoas acamadas.					
Não respeitar o pudor das pessoas idosas.					

21- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de Tratamento do Corpo, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Agressões físicas.					
Arrastar as pessoas idosas das cadeiras ou das camas.					
Vestir e despir as pessoas idosas de forma brusca.					
Falta de ajuda durante as refeições.					
Não satisfazer as necessidades fisiológicas das pessoas idosas quando estas o solicitam.					

22- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de Sexualidade, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Assédio sexual.					
Comentários sexistas e homofóbicos.					
Contrariar/impedir relações afetivas e sexuais entre residentes.					

23- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível de religião, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente

Desrespeito pelos valores morais e religiosos.					
Implementação de atividades que não contemplam a liberdade religiosa.					
Desincentivar a prática religiosa.					

24- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível da comunicação, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Gritar com as pessoas idosas.					
Não esclarecer as pessoas idosas sobre uma informação por elas solicitada.					
Mentir e fazer intrigas.					
Inventar alcunhas.					
Tratar as pessoas idosas por tu.					
Infantilizar as pessoas idosas chamando-lhes por exemplo me- nino.					
Tratar as pessoas idosas por avô ou avó.					

25- De acordo com a sua experiência indique, numa escala de 1 a 5, com que frequência acontecem as seguintes práticas de violação de direitos humanos, a nível patrimonial, nas instituições que acolhem pessoas idosas.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Algumas vezes	4-Frequentemente	5-Muito frequente
Fazer depender o acolhimento residencial de entrega de bens patrimoniais à instituição					
Cobrar gastos de eletricidade.					
Retirar dinheiro das pessoas idosas sem o seu consentimento expresso.					
Colocar o dinheiro das pessoas idosas em contas de colaboradores					
Ser cúmplice quando os familiares gerem o dinheiro das pessoas idosas sem motivo aparente.					
Permitir que as pessoas idosas ofereçam recompensas a funcionários da estrutura residencial.					

Muito obrigada pela sua colaboração!

