

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

Beatriz Soares da Costa

**O SERVIÇO SOCIAL NA RELAÇÃO COM A  
PESSOA IDOSA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE  
ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS  
IDOSAS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada  
pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da  
Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação.

Julho de 2023





UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

Beatriz Soares da Costa

**O SERVIÇO SOCIAL NA RELAÇÃO COM A  
PESSOA IDOSA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE  
ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS  
IDOSAS**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada  
pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da  
Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação.**

Julho de 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Mais uma etapa concluída, na sua essência longa e solitária, mas que reuniu contributos de várias pessoas, às quais manifesto a minha sincera gratidão:

Aos meus pais, que me proporcionaram a oportunidade de realizar esta caminhada. Agradeço pelo amor, pelos valores que me transmitiram e pelo apoio incondicional. Ao meu irmão e ao Bruno, por terem acreditado sempre em mim.

À minha orientadora, a Professora Doutora Helena Reis Luz, pela partilha de saberes, pelo acompanhamento constante e pela dedicação. O meu profundo reconhecimento por me ter ajudado a crescer a vários níveis.

A todas as Instituições, pela oportunidade e confiança manifestada para realizar a minha investigação junto dos seus colaboradores e utentes.

A todos os participantes, que desde o primeiro contacto se mostraram disponíveis para participar neste estudo. As suas partilhas enriqueceram seguramente o estudo.

A todos os meus amigos e restantes familiares, que, de certa forma, estiveram presentes neste percurso.

A todos/todas vós, muito obrigada!

## **RESUMO**

Enquadramento: O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que se tem vindo a intensificar no século XXI, assumindo em Portugal uma destacada expressão. O envelhecimento constitui um preditor do surgimento de situações de vulnerabilidade, sobretudo, de dependência e comorbilidades que conduzem frequentemente à institucionalização, quando por vários motivos, a família não consegue provisionar o apoio integral aos seus. No computo das respostas de institucionalização, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) adquirem uma inegável centralidade para ir ao encontro das necessidades múltiplas das pessoas idosas, mostrando-se essencial o envolvimento das famílias para mitigar estas necessidades. Nestas estruturas, o profissional de Serviço Social possui um papel fundamental, desempenhando funções a diversos níveis, competindo-lhe atuar e mediar a relação entre a pessoa idosa institucionalizada e a sua família, sendo mesmo visto como um elo de ligação entre a instituição, a pessoa idosa e a respetiva família.

Objetivos: O estudo procurou de um modo geral compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa em ERPI, bem como as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada.

Metodologia: O estudo assumiu uma natureza qualitativa e mostrou-se assente numa abordagem interpretativa, abrangendo em termos de amostra (não probabilística) quatro ERPI e 20 participantes, designadamente, assistentes sociais, pessoas idosas institucionalizadas e seus familiares. A recolha de dados foi suportada por entrevistas semiestruturadas, as quais foram sujeitas à análise de conteúdo.

Resultados: O envolvimento familiar traduz uma característica nas ERPI estudadas, que se revela tanto no processo de integração da pessoa idosa na instituição como nas dinâmicas organizacionais, beneficiando a vivência das pessoas idosas residentes. Os profissionais de Serviço Social são agentes de relevo que, através das suas ações interventivas, influenciam as relações das pessoas idosas com as suas famílias no sentido do seu fortalecimento e manutenção. Deste modo, incentivando a uma maior regularidade de visitas, estimulando as modalidades de contacto/encontro entre a pessoa idosa - família e promovendo a dinamização de atividades que envolvem os entes familiares, entre outras estratégias, atuam a favor do bem-estar e qualidade de vida, quer da pessoa idosa, quer dos respetivos familiares.

**Palavras-chave:** envelhecimento; ERPI; família; pessoa idosa; Serviço Social

## **ABSTRACT**

Framework: Population ageing is a worldwide phenomenon that has been intensifying in the 21st century, assuming in Portugal a prominent expression. Ageing is a predictor of the emergence of situations of vulnerability, especially dependence and comorbidities that often lead to institutionalization, when for various reasons, the family is unable to provide full support to their loved ones. Within the institutionalization responses, the Residential Care Homes (named ERPI in Portugal) acquire an undeniable centrality to meet the multiple needs of the elderly, and the involvement of families is essential to mitigate these needs. In these residential homes, the Social Work professional has a fundamental role, performing functions at different levels, being responsible for acting and mediating the relationship between the institutionalized elderly person and his family, even being seen as a link between the institution, the elderly person and his family.

Objectives: The study sought in general to understand the involvement of the family in the care of the person in ERPI, as well as the interventional approaches that facilitate the involvement of the family in the care of the institutionalized elderly person.

Methodology: The study took a qualitative nature and was based on an interpretive approach, covering in terms of sample (non-probabilistic) four ERPI and 20 participants, namely, social workers, institutionalized elderly people and their families. Data collection was supported by semi-structured interviews, which were subjected to content analysis.

Results: Family involvement is a characteristic of the ERPI studied, which is revealed both in the process of integration of the older person in the institution and in the organizational dynamics, benefiting the experience of the older residents. Social work professionals are important agents who, through their intervention actions, influence the relationships of older people with their families in order to strengthen and maintain them. In this way, by encouraging a greater regularity of visits, stimulating the modalities of contact/meeting between the elderly person and the family and promoting the dynamization of activities that involve family members, among other strategies, they act in favor of the well-being and quality of life, both of the elderly person and their relatives.

**Keywords:** aging; Residential Care Homes; family; elderly person; Social Work

## ÍNDICE

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>I Parte – Enquadramento teórico concetual.....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo I – Envelhecimento: quadro de análise compreensivo.....</b>	<b>4</b>
1.1. Envelhecimento da população: contornos no século XXI.....	4
1.2. O envelhecimento como um processo multifacetado: envelhecimento biológico, psicológico e social.....	7
1.3. O constructo do envelhecimento ativo e saudável: oportunidades.....	13
<b>Capítulo II – Família e pessoa idosa.....</b>	<b>17</b>
2.1. Família: conceptualização e transmutações.....	17
2.2. A família e o apoio às pessoas idosas: funções, ímpetos e contrariedades.....	20
<b>Capítulo III – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Institucionalização...26</b>	
3.1. Respostas sociais para as pessoas idosas: o caso das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	26
3.2. Institucionalização da pessoa idosa e a família.....	31
<b>Capítulo IV – Serviço Social em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.....</b>	<b>35</b>
4.1. Serviço Social e envelhecimento.....	35
4.2. As famílias em contexto de institucionalização da pessoa idosa: desafios para o Serviço Social.....	39
<b>II Parte – Estudo empírico.....</b>	<b>43</b>
<b>Capítulo I – Problemática e configuração metodológica do estudo.....</b>	<b>44</b>
1.1. Definição do problema de pesquisa e dos objetivos de investigação.....	44
1.2. Opções e procedimentos metodológicos.....	45
1.2.1. Metodologia e método de pesquisa.....	45

1.2.2. Universo e amostra.....	46
1.2.3. Técnica de recolha de dados.....	48
1.2.4. Metodologia de análise de dados.....	50
<b>Capítulo II – Apresentação e análise de resultados.....</b>	<b>53</b>
2.1. Caracterização das Instituições Particulares de Solidariedade Social e respetivas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	53
2.2. Caracterização dos/as participantes.....	55
2.2.1. Caracterização dos/as assistentes sociais.....	55
2.2.2. Caracterização das pessoas idosas institucionalizadas.....	56
2.2.3. Caracterização dos/as familiares de pessoas idosas institucionalizadas.....	57
2.3. Análise categorial.....	58
2.3.1. Razões inerentes à entrada na instituição.....	58
2.3.2. Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família.....	61
2.3.3. Intervenção profissional na relação pessoa idosa institucionalizada e família.....	65
<b>Capítulo III – Discussão dos resultados.....</b>	<b>67</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>76</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>79</b>
<b>Legislação.....</b>	<b>92</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>93</b>
Apêndice 1 – Guião de entrevista aplicado aos assistentes sociais.....	94
Apêndice 2 – Guião de entrevista aplicado às pessoas idosas institucionalizadas.....	97
Apêndice 3 – Guião de entrevista aplicado aos familiares de pessoas idosas institucionalizadas.....	99
Apêndice 4 – Pedido de autorização para realização do estudo.....	101



Apêndice 5 – Consentimento informado dirigido aos assistentes sociais.....	103
Apêndice 6 – Consentimento informado dirigido às pessoas idosas institucionalizadas.....	105
Apêndice 7 – Consentimento informado dirigido aos familiares de pessoas idosas institucionalizadas.....	107
Apêndice 8 – Análise de conteúdo das entrevistas.....	109
Apêndice 9 – Caracterização das Instituições Particulares de Solidariedade Social.....	122
Apêndice 10 – Caracterização dos/as participantes.....	124

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos em Portugal.....	6
Tabela 2 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo.....	51
Tabela 3 – Codificação.....	52

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**Art.º** – Artigo

**CDAS** – Código Deontológico dos Assistentes Sociais

**ENEAS** – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

**ERPI** – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

**GCPAS** – Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social

**GEP** – Gabinete de Estratégia e Planeamento

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**MCCI** – Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais

**N.º** – Número

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**SAD** – Serviço de Apoio Domiciliário

**UMP** – União das Misericórdias Portuguesas

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, o envelhecimento populacional tem-se vindo a acentuar, muito em reflexo dos declínios das taxas de natalidade e mortalidade (INE, 2014), assim como do aumento da esperança de vida, o que tem contribuído para afirmar o país como híper envelhecido (Luz, 2019).

O processo de envelhecimento não compreende apenas transformações demográficas, mas também transformações biológicas, psicológicas e sociais, dado o envelhecimento ser um processo multidimensional (e.g., Fonseca, 2020). Neste sentido, face às crescentes exigências decorrentes do envelhecimento e tendo em conta que cada pessoa vive o seu processo de envelhecimento de forma diferente das demais (Carvalho, 2013), foram desenvolvidas políticas e respostas sociais com o intuito de melhorar as condições de vida das pessoas idosas e responder ao amplo desafio do envelhecimento, por entre as quais, as ERPI.

As ERPI são uma resposta social fundamental para as pessoas idosas, que têm vindo a revelar uma crescente procura (e.g., Luz, 2019), sobretudo, quando a família já não consegue fornecer uma resposta adequada às necessidades da pessoa idosa (Lourenço, 2014). Para a pessoa idosa institucionalizada, a família assume um papel crucial, na medida em que o seu distanciamento face à mesma lhe despoleta sentimentos negativos (Casqueira, 2016), deste modo, o envolvimento familiar em todo o processo de institucionalização, integração e adaptação mostra-se determinante para o bem-estar e vivência dos mais velhos em instituição. Para este efeito, a intervenção do profissional de Serviço Social é essencial porquanto assegura a integração da pessoa idosa no contexto residencial, potenciando a continuidade dos vínculos já existentes antes da institucionalização (Ribeirinho, 2013), atuando de igual modo como elemento mediador para efeitos da integração e de uma adaptação bem-sucedida ao contexto institucional.

Neste enquadramento, o presente estudo configurou-se em torno da seguinte questão de partida – Qual o papel do Serviço Social na promoção do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em contexto de estrutura residencial? – e procurou em termos de objetivos gerais, compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em ERPI, assim como as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa aí institucionalizada. O estudo beneficiou de uma

abordagem interpretativa de natureza qualitativa, abrangendo quatro estruturas residenciais. A amostra, não probabilística e de cariz intencional, englobou três grupos de participantes, nomeadamente, assistentes sociais (n=4) com intervenção junto de pessoas idosas institucionalizadas, pessoas idosas/residentes (n=8) em ERPI e familiares (n=8) das mesmas. Em termos das técnicas de recolha de dados, o estudo recorreu à pesquisa bibliográfica e documental, e, a entrevistas semiestruturadas, contemplando perguntas abertas e fechadas, as quais foram submetidas à análise de conteúdo (e.g., Bardin, 2016).

No âmbito da estruturação, esta dissertação encontra-se organizada em duas partes. A primeira parte centra-se no enquadramento teórico, abordando temas relacionados ao envelhecimento, à família e pessoa idosa, às ERPI e ao Serviço Social em contexto de ERPI, através da revisão da literatura. Por sua vez, a segunda parte procede ao enquadramento do estudo na sua vertente empírica, explicitando o problema de investigação, os objetivos do estudo, a metodologia e o método que lhe esteve subjacente, o universo e amostra, a técnica de recolha de dados e a metodologia para a análise de dados. Adicionalmente, esta parte também inclui a apresentação e análise de resultados, bem como a discussão dos mesmos, a que se seguiu a conclusão.

**I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO  
CONCETUAL**

# **CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO: QUADRO DE ANÁLISE COMPREENSIVO**

## **1.1. Envelhecimento da população: contornos no século XXI**

A partir da segunda metade do século XX, as sociedades contemporâneas desenvolvidas evidenciaram um registo de acréscimo populacional, podendo afirmar-se que o século XX ficou marcado pelo crescimento populacional, enquanto que o envelhecimento populacional traduz uma característica das atuais sociedades do século XXI (e.g., Crispim, 2020).

Com efeito numa abordagem de natureza macro, Fernandes (2007) alude que o envelhecimento decorre em muito de tendências demográficas, sendo uma característica do século XXI, que reverte elevados desafios para as sociedades contemporâneas. O envelhecimento demográfico configura as alterações na distribuição etária de uma população, na qual se manifesta com maior expressão a faixa da população com idades mais avançadas, ou seja, a que se reporta aos indivíduos com 65 ou mais anos de idade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014).

A nível mundial, a população com 65 ou mais anos de idade encontra-se a crescer a uma taxa de cerca de 3% ao ano, estimando-se que a respetiva população duplique até 2050, passando de 962 milhões em 2017 – representando 13% da população global – para 2,1 mil milhões em 2050, e para 3,1 mil milhões em 2100. Por sua vez, a população com 80 ou mais anos de idade deverá triplicar até 2050, passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões, em 2050 (Organização das Nações Unidas [ONU], 2022).

Nesta perspetiva demográfica, a Europa acompanha a tendência mundial, ostentando uma estrutura etária gradualmente mais envelhecida, com a maior percentagem da população com 65 ou mais anos de idade, isto é, 25% (ONU, 2022).

O envelhecimento da população portuguesa tem sido uma realidade, manifestando-se em níveis semelhantes aos dos restantes países da Europa, salientado o INE (2014), que o mesmo surge como efeito do declínio acentuado e perseverante da fecundidade, e ainda que o aumento da longevidade se mantenha constante, nota-se que,

nos últimos anos e para um crescente número de países, dos quais Portugal, a população tem vindo a reduzir e o envelhecimento a intensificar-se.

Em Portugal, até à década de 70, ainda não se vivenciavam os efeitos do envelhecimento demográfico, todavia, é nos finais do século XX e inícios do século XXI que este começa a evidenciar-se, com forte incidência, tendo sido no ano de 2001, e pela primeira vez na história da população portuguesa, que a população idosa se tornou mais significativa do que a população jovem, i.e., com menos de 15 anos de idade. Importa a este respeito realçar que também no “interior” do grupo da população idosa, tem existido um crescimento da população com 80 ou mais anos, que demonstra um aumento mais significativo comparativamente ao grupo dos 65 ou mais anos de idade (António, 2013).

Luz (2017), assinala que em Portugal a tendência demográfica rumo ao envelhecimento progride de uma forma bastante célere, podendo assumir-se o país como híper envelhecido ou como uma sociedade grisalha, acrescentado Crispim (2020) que, tal decorre, atendendo ao ajustamento demográfico que se presencia na sociedade portuguesa, produto da existência de indivíduos que vivem mais anos, de um maior número de indivíduos que não têm filhos, de uma maior incidência de indivíduos a viverem sozinhos e da menor dimensão das famílias nucleares, o que culminará, no futuro, numa expressão global da população portuguesa claramente menor.

Segundo o INE (2021a), Portugal apresentava no ano de 2001, como população residente, 1.693.493 indivíduos com 65 ou mais anos de idade, tendo passado, em 2011, para 2.010.064, e em 2021, para 2.424.122, revelando esta dinâmica de crescimento um aumento de 20,6% nos últimos 10 anos, representando, atualmente, a população idosa, 23,4% da população portuguesa. A contribuir para este processo de envelhecimento da população portuguesa registam-se, principalmente, fatores relacionados com a baixa taxa de natalidade, os fluxos migratórios, o retorno de idosos emigrados ao país de origem e o aumento da esperança de vida, quer à nascença, quer aos 65 ou mais anos de idade, refletindo estes últimos, fatores que traduzem uma melhoria do nível de saúde em Portugal (e.g., António, 2013).

A caracterização da população portuguesa como retratada pelo fenómeno do envelhecimento reflete-se também a partir de indicadores como o índice de envelhecimento da população, que informa existirem, de acordo com os últimos censos,



de 2021, 182,7 pessoas idosas por cada 100 jovens, expressando este indicador um crescimento substancial em relação aos anteriores períodos censitários, designadamente, de 2011 (125,8 pessoas idosas por cada 100 jovens) e de 2001 (101,6 pessoas idosas por cada 100 jovens) (INE, 2021b).

O índice de envelhecimento constitui um indicador que carece de ser convocado para a análise macro do envelhecimento entre nós, já que indica que no espectro da população com 65 ou mais anos, 48,8 da mesma possui idade igual ou superior a 75 anos (em 2011: 48,3; em 2001: 41,9) (INE, 2021b). Adicionalmente, a variável relativa à esperança média de vida, tem vindo a aumentar também, quer à nascença (em 2020: 80,7 anos, dos quais 77,7 anos para homens e 83,4 anos para mulheres), quer aos 65 anos de idade (em 2020: 19,4 anos, dos quais 17,4 anos para homens e 20,8 anos para mulheres), tendo por base os anos de referência de 2001, 2011 e 2020 (Tabela 1) (INE, 2020).

**Tabela 1**

*Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos em Portugal*

Anos	Esperança média de vida à nascença			Esperança média de vida aos 65 anos		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
<b>2001</b>	73,3	80,1	76,7	15,2	18,6	17,1
<b>2011</b>	76,7	82,6	79,8	16,9	20,3	18,8
<b>2020</b>	77,7	83,4	80,7	17,4	20,8	19,4

Em INE, Estatísticas de Óbitos, 2020.

Argumentos explicativos para este prolongamento da vida relacionam-se com os avanços técnicos e científicos, com as alterações no estado de saúde devido a transições nos estilos de vida (Quaresma, 2008), sendo que, por forma a melhor compreender-se o envelhecimento no presente, outros entendimentos necessitam de ser convocados, nomeadamente, os que se associam à evolução do olhar sobre o envelhecimento e às perspetivas que o erguem como um processo de cariz individual e singular.

## **1.2. O envelhecimento como um processo multifacetado: envelhecimento biológico, psicológico e social**

Falar de envelhecimento remete não apenas para transformações demográficas, mas também para aspetos que circunscrevem este fenómeno no seio das sociedades e que lhe atribuem crescente reconhecimento. O envelhecimento relaciona-se ao modo como o ser humano envelhece, sendo assumido como um processo complexo, em constante desenvolvimento, que ocorre ao longo de toda a vida e que carece de ser perspectivado como um processo individual (Lima, 2010).

Para António (2013), o envelhecimento individual determina-se como um processo das mutações biopsicossociais, que ocorrem a partir do momento da concepção do indivíduo até à sua morte. Desta maneira, uma vez que é individual, não é idêntico para todos, o que significa que todos envelhecem de forma diferenciada conforme são afetados por vários fatores, tais como, o estilo de vida, a alimentação, o grau educacional, o tipo de profissão exercida, as doenças crónicas ou a prática de desporto. Martins (2011) destaca que o envelhecimento é “um constructo individual que resulta das vivências pessoais de cada indivíduo e das experiências adquiridas ao longo da vida, pelo que apresenta múltiplas expressões” (p. 166). A respeito disso, Fonseca (2006) complementa, alegando que qualquer estudo sobre o envelhecimento tem de ponderar o facto de a versatilidade inter-individual das pessoas idosas ser superior à de outros grupos etários. Tratando-se “de um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (Lima, 2010, p. 14), não pode, pois, deixar de se equacionar a definição de envelhecimento como multifacetada, existindo várias perspetivas que confluem para entender o processo de envelhecimento e que são partilhadas por diversos autores de múltiplas áreas. Assim, estudar este fenómeno implica analisá-lo como um todo, como um processo que apresenta inúmeras expressões (não apenas os processos essenciais do envelhecimento celular), na medida em que as pessoas idosas representam um público heterogéneo e relativo (e.g., Crispim, 2020; Luz, 2017).

No ponto de vista de Santos (2002, como citado em Crespo, 2019), é possível caracterizar o envelhecimento em três fases: a fase da pessoa idosa, em que não existem muitas alterações orgânicas e esta ainda se considera capaz de satisfazer as suas

necessidades, aferindo-se mudanças a nível social, provocadas pela entrada na reforma; a fase da senescência, em que ocorrem transformações físicas; e, a fase da senilidade, na qual as funções cognitivas se deterioram e a pessoa idosa se torna dependente e carente de cuidados completos.

O processo de envelhecimento, de acordo com Silva (2014), encerra profundas diferenças entre os indivíduos e compreende não só a evolução biológica do ser humano, sendo também um processo psicológico e social inerente ao desenvolvimento dos organismos vivos, consubstanciando, deste modo, não apenas mudanças no corpo, mas de igual modo, mudanças funcionais e de papéis sociais. No essencial, sendo o envelhecimento um processo multidimensional, decorrente da interação de diversos processos de desenvolvimento e, em função disso, sugestionado por múltiplos fatores, que interagem continuamente e sem interrupções, podem distinguir-se três principais componentes do mesmo, a saber, o processo de envelhecimento biológico, de envelhecimento psicológico e de envelhecimento social (e.g., Fonseca, 2020; Silva, 2014).

Numa perspetiva biológica, o envelhecimento é definido pelo declínio da capacidade funcional do organismo (senescência), que engloba um conjunto de transformações orgânicas e mentais, fruto do avanço da idade, que implica uma perda de capacidade para conservar o autocontrolo em todas as suas funções que, pouco a pouco, começam a declinar (Serra, 2006, como citado em Fonseca, 2020). De realçar que, quando este declínio se torna muito expressivo, realiza-se uma significativa redução da reserva funcional, ficando a pessoa idosa mais vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas, que podem levar a variações na capacidade funcional, intimidando a sua autonomia e independência (Figueiredo, 2007). Em particular, identificam-se mudanças ao nível biológico, em que ocorrem determinadas mutações como a diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e cérebro; ao nível cardíaco, é usual uma diminuição da frequência máxima e do défice cardíaco; ao nível dos órgãos dos sentidos, o olfato e o paladar são minimamente afetados com a evolução da idade, ao invés, a audição, a visão e o tato, manifestam-se em significativas perdas de sensibilidade (Cancela, 2007; Serra, 2006, como citado em Fonseca, 2020).

Assim, por referência às questões de saúde e doença e, tendo por base os aspetos funcionais, distingue-se o envelhecimento primário, secundário e terciário. O

envelhecimento primário, também designado por envelhecimento normal ou senescência, é o mais simples, por outras palavras, relaciona-se com as transformações necessárias que se manifestam com a idade, não envolvendo a presença de patologias. O envelhecimento secundário ou patológico, refere-se às mudanças causadas pelas doenças decursivas da idade avançada. Já o envelhecimento terciário, concerne a um período específico, próximo do fim de vida (Fechine & Trompieri, 2012; L. S. Andrade, 2009).

De igual modo, é com base em características funcionais que se concetualiza a idade cronológica, biológica, psicológica e social. A idade cronológica é a forma mais comum de definir o envelhecimento, indicando apenas os anos decorridos a partir do nascimento, enquanto a idade biológica tem a ver com a prática orgânica e as mutações físicas proporcionais ao envelhecimento. A idade psicológica encontra-se ligada às dimensões cognitivas, afetivas/emocionais e à capacidade funcional. E, por último, a idade social, é fortemente subordinada pela cultura e pelo contexto histórico de um país (Crespo, 2019; Crispim, 2020), mostrando-se associada à perda de funcionalidade para o exercício de funções/papéis produtivos (Luz, 2014).

Neste âmbito, também é comum a referência à terceira e quarta idade, sendo que a terceira idade está relacionada a um afável desempenho físico e mental, a destacados níveis de bem-estar pessoal e emocional, e, a uma boa logística dos aspetos menos positivos e das decadências normais do envelhecimento. Por sua vez, a quarta idade encontra-se associada a grandes perdas das funções cognitivas, na capacidade de aprendizagem, à primazia de demências e a níveis mais elevados de fraqueza e disfuncionalidade (Baltes & Smith, 2003, como citado em Fonseca, 2020).

Ainda, por referência a estas abordagens, considera-se que o grau de autonomia ou capacidade, tanto a nível físico, psíquico ou intelectual, varia de pessoa idosa para pessoa idosa, sendo vários os autores que defendem que se podem enquadrar as pessoas idosas em quatro tipologias: as pessoas idosas dependentes, que necessitam de apoio vital; as pessoas idosas semi-independentes, que carecem de cuidados pessoais de enfermagem; as pessoas idosas autónomas, que apenas precisam de uma supervisão próxima por parte do cuidador; e, as pessoas idosas independentes, que não precisam de supervisão (L. S. Andrade, 2009). A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros alusiva à dependência, designa-a como

[...] um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária. (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], 2009, p. 8)

Salienta-se que, as situações de dependência não são específicas de um grupo etário, dado que existem indivíduos dependentes em todas as idades, no entanto, verifica-se uma maior prevalência nas pessoas idosas, decursiva do processo gradual de envelhecimento humano (GEP, 2009).

Porém, ter em consideração o envelhecimento apenas sob a perspetiva biológica é bastante redutor, dado que este fenómeno necessita de ser abordado perante uma perspetiva mais ampla, i.e., bio-psico-social (Fonseca, 2020).

Na perspetiva psicológica, o envelhecimento carece de ser analisado perante uma ótica desenvolvimental, considerando o apoio da psicologia para a sua compreensão. Sob este enfoque, o envelhecimento concentra-se no estudo do ser humano, compara a estrutura e o funcionamento das distintas áreas psicológicas da criança, do adulto e da pessoa idosa, investiga a senescência e a senilidade, e ainda estuda diferentes dimensões psicológicas. A este respeito, Casqueira (2016) realça que o desenvolvimento psicológico ocorre de uma forma simultaneamente linear e multidimensional, que se tem vindo a aprofundar, sob o ponto de vista empírico, em investigações que se debruçam sobre medidas próprias do funcionamento psicológico, como é o caso do funcionamento cognitivo. Deste modo, o envelhecimento psicológico caracteriza-se por mudanças em funções cognitivas como a memória, a capacidade decisória, a personalidade, influenciando a forma como as pessoas idosas encaram e lidam com a fase de senescência, bem como a sua inteligência e linguagem. Acerca das áreas cognitivas mais afetadas nas pessoas idosas, a literatura reporta uma maior dificuldade de compreensão na comunicação, um raciocínio mais lento, principalmente, em atividades que exigem planeamento, execução e avaliação, e, uma menor capacidade em conservar a informação a curto prazo e a recuperar memórias (Netto, 2011; Serra, 2006, como citado em Fonseca, 2020).

Juntamente com as mudanças biológicas e psicológicas que sucedem ao longo do processo de envelhecimento, também decorrem mudanças sob o ponto de vista social, sobretudo, nos papéis desempenhados ao longo da vida, o que requer a necessidade de adequação às novas condições de vida (e.g., Fernandes, 1997; Luz, 2014; Netto, 2011; Silva, 2014).

Destarte, a perspectiva social aponta para a forma como o indivíduo desempenha determinados papéis na sociedade expectáveis para sujeitos com a sua idade (Netto, 2011), assinalando a reforma, como o momento mais importante da regeneração dos papéis sociais, ou como sugere Lima (2010), um marco social para um indivíduo ser visto como velho e, à vista disso, deixar de ser economicamente ativo. Segundo Fernandes (1997), a reforma tem um duplo significado, visto que, por um lado, reflete o distanciamento do circuito de produção em que o indivíduo estava cingido, e por outro lado, o direito a um descanso remunerado. Do mesmo modo, Pellissier e Gineste (2007) enfatizam que, “a passagem à reforma também pode significar a libertação, tanto mais esperada porquanto o trabalho monótono, fatigante e pouco valorizado” (p. 102), correspondendo ao período mais importante da reestruturação dos papéis sociais.

Quando um indivíduo se reforma é “colocado na última fase de vida”, a designada terceira idade, iniciando-se um processo em que a velhice é socialmente identificada. Tal significa que, a velhice coincide com o momento a partir do qual um indivíduo se reforma, tradicionalmente aos 65 anos de idade, e encontra-se relacionada com a perda de rendimentos e de identidade (e.g., António, 2013; Silva, 2012). António (2013) e Silva (2012) relacionam a velhice com a última fase do processo de envelhecimento, encarando-a como um estado que qualifica a condição da pessoa idosa. A velhice surge, assim, com frequência, associada à idade relativamente avançada e à noção de ser velho e de pessoas idosas, podendo ser entendida como uma imagem abstrata, uma vez que se refere a um grupo criado socialmente para demarcar o período em que os indivíduos ficam envelhecidos, velhos e idosos.

Neste âmbito, Fernandes (1997) considera a velhice como uma idealização da maneira como cada sociedade define esta fase do ciclo de vida, como uma construção social reportada a um determinado contexto histórico. Desta forma, é possível refletir sobre a velhice como uma questão cultural e social, circunscrita por um conjunto de vários fatores de origem filosófica, cultural, religiosa, económica e política, em que os

indivíduos se encontram ligados a um sistema de normas que apontam, de certo modo, a sua forma de “estar”.

A este respeito, importa olhar para a forma de “estar” das pessoas idosas, isto é, para a sua condição ou estado, a partir de uma lente analítica que ultrapasse pressupostos de univocidade, conformidade e vulnerabilidade, sustentando a teoria a importância de se falar no presente, não de velhice, mas de velhices (Luz, 2017). Este termo significa identificar a pluridimensionalidade das condições ou dos estados de se estar na velhice, reconhecer que a velhice se refere a vivências individuais e singulares, evocando à adoção de uma perspectiva integral sobre as experiências das pessoas idosas. À vista disso, e através da reconfiguração da conceptualização da velhice, tem vindo a realçar-se um padrão de envelhecimento com uma vertente positiva, sustentado numa cultura que objetiva “contrariar e refutar o anterior entendimento centralizado no declínio e perdas dos mais velhos” (Luz, 2017, p. 810).

Nesta linha de pensamento, a compreensão do modo como a velhice e as pessoas idosas têm sido encaradas ao longo dos tempos clarifica a “variabilidade histórica e cultural quanto ao valor adstrito à velhice e às posições socialmente reconhecidas às pessoas de idade” (Vaz, 2006, p. 37).

Regressando a épocas remotas, constata-se que foram diversas as sociedades que consideravam e reconheciam a pessoa idosa, sendo que a velhice era o auge e a longevidade era honrada e estimada, simbolizando um papel fundamental na sociedade, contudo, a velhice nem sempre foi tida em consideração, existindo momentos de depreciação do indivíduo, enquanto pessoa idosa (Paz, 2000). Efetivamente, nos povos remotos, os mais velhos tinham um papel político dominante, justificado pelo seu conhecimento e experiência, assim, no mundo hebraico, eram conhecidos como os chefes do povo (Minois, 1999), e, no Império Romano, correspondente a um período de grandes feitos e de grande alargamento territorial, o envelhecimento não deixou de ser uma questão essencial em inúmeros aspetos (i.e., demográfico, social, político, clínico, psicológico). Neste contexto, os mais velhos representavam a autoridade do seio familiar, em que o chefe (pessoa idosa) detinha direitos imperiosos sobre as esposas e os filhos, em todos os vereditos acerca do seu dia-a-dia (Carvalho, 2008).

Veloso (2004) refere que, desde a revolução industrial, até meados do século XX, o envelhecimento estava relacionado à falta de capacidade no trabalho e à pobreza, estando as pessoas idosas incluídas na classe dos que necessitavam de apoio institucional. Neste sentido, os mais velhos não integravam uma classe social independente, nem havia uma intervenção pública a si destinada, em específico, ou seja, encontrávamo-nos na presença de uma velhice invisível (Silva, 2014). A velhice invisível, típica do século XIX e início do século XX, define-se como uma particularidade de uma sociedade em que a condição de pessoa idosa era função do património familiar, sendo que a solidariedade para com os mais velhos era praticamente familiar e privada, remetida para o interior do ambiente familiar (Guillemard, 1980).

No início do século XX, a perspetiva do mundo relativa à população idosa não se tinha modificado. Contudo, progressivamente, e acompanhando o desenvolvimento das sociedades, os Estados começaram a perceber a relevância desta população e procuraram, de certa forma, alterar a sua estratégia com o intuito de a enquadrar, positivamente, na sociedade (Carvalho, 2008), tornando-se o avolumar do número de pessoas idosas um dos maiores desafios do século XXI.

Globalmente, e tendo em conta que o envelhecimento no decorrer do presente século se encontra destinado a manter como um dos principais domínios de mudança social, como salienta Luz (2017), carecem de se convocar maiores entendimentos acerca do envelhecimento e da velhice, por forma a abranger os múltiplos fatores e determinantes (e.g., pessoais, ambientais) que lhe estão associados e os quais têm um impacto crucial no modo como se envelhece e na qualidade de vida dos mais velhos, destacando-se a este nível, a abordagem do envelhecimento ativo e saudável (e.g., Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [ENEAS], 2017; Miguel & Luz, 2014).

### **1.3. O constructo do envelhecimento ativo e saudável: oportunidades**

A atenção crescente em torno do envelhecimento demográfico, da longevidade e das suas consequências para a qualidade de vida das pessoas idosas tem vindo a elevar a abordagem do envelhecimento ativo e saudável como constructo teórico operativo que reúne oportunidades várias, entre as quais, para equacionar a multidimensionalidade



associada ao envelhecimento, bem como aos diferentes contextos onde o mesmo ocorre ou que o acompanham (e.g., European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011; Miguel & Luz, 2014).

Em si, o termo ‘ativo’ diz respeito à participação sucessiva na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ultrapassando em muito a ideia de uma participação física e/ou profissionalmente ativa. A este respeito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002, como citado em Luz, 2017), no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento promovida pelas Nações Unidas, apresentou o conceito de envelhecimento ativo, definindo-o como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos envelhecem, sendo que o seu objetivo principal passa por aumentar os meios de abordagem do envelhecimento e da velhice, com o intuito de analisar o potencial dos mais velhos.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, o envelhecimento ativo corresponde à capacidade de os indivíduos com idade avançada levarem uma vida próspera na sociedade e na economia, enfatizando a Comissão Europeia, que o envelhecimento ativo é um método coerente que visa, sobretudo, permitir um envelhecer saudável nas sociedades envelhecidas (Cabral et al., 2013). Tal como advoga a OMS (2002), no envelhecimento ativo, as condições de saúde são fatores relevantes, todavia, a promoção deste não se restringe apenas à promoção de comportamentos saudáveis, torna-se, assim, fundamental considerar os fatores pessoais e ambientais, bem como os aspetos sociais, económicos e culturais, o sistema de saúde, o género, o ambiente físico, entre outros. Portanto, a qualidade de vida é, notoriamente, a base dominante do envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013), “podendo esta ser definida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, sendo o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração social os três elementos fundamentais do respetivo conceito (ENEAS, 2017, p. 8).

Adicionalmente, reúne consenso a argumentação de que o envelhecimento ativo não pode limitar-se a uma única vertente, (e.g., financeira), ao invés, deve ter em conta a trajetória de vida dos indivíduos e a condição social de cada pessoa idosa, isto é, a transição da atividade para a inatividade (Cabral et al., 2013), sendo que a estimulação de

ambientes indutores da promoção das pessoas idosas e da sua qualidade de vida e bem-estar beneficia de políticas e ações nos domínios macro, meso e micro (Miguel & Luz, 2014). Em boa verdade, o paradigma do envelhecimento ativo manifesta-se como um “programa de intervenção na sociedade voltado para a mudança da condição do idoso, procurando ao mesmo tempo responder aos problemas do aumento da longevidade” (Cabral et al., 2013, p. 17). A este respeito, a trajetória de vida dos indivíduos encontra-se associada ao processo individual do envelhecimento, dado que cada caso se manifesta como um caso único, deste modo, é importante beneficiar deste constructo para fomentar a dignificação da velhice e minimização da deterioração dos processos associados ao envelhecimento.

O reconhecimento de que o envelhecimento ativo implica uma abordagem intersectorial e abrangente, incorporando o conceito de capacidade funcional, esteve na base do estabelecimento, em 2016, da meta do envelhecimento saudável, apoiada por todos os Estados membros da OMS (OMS, 2020), e da proclamação do período 2021-2030, como a década do envelhecimento saudável.

A abordagem do envelhecimento saudável, estabelecida pela OMS, vem focalizar a partir da adjetivação “saudável” a procura do bem-estar, traduzindo este, a prioridade que se associa ao “processo de desenvolvimento” e à “capacidade funcional”. Tal significa que, o envelhecimento saudável se refere ao “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar na velhice” (OMS, 2020, p. 9), sendo a capacidade funcional fruto da correlação das capacidades intrínsecas do indivíduo (físicas e mentais) com o meio ambiente, possuindo como objetivo principal o bem-estar, uma noção holística que considera todos os componentes da vida reconhecidos pelo indivíduo. Como se estipula na ENEAS (2017), mais do que o efeito do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é a imagem dos costumes de vida, da base e das oportunidades asseguradas pela sociedade para a preservação da funcionalidade das pessoas idosas e para possibilitarem que experienciem aquilo que apreciam.

Neste enquadramento, o atual paradigma do envelhecimento saudável é acima de tudo uma abordagem de ativação, que incorpora três elementos fundamentais, a saber, a capacidade funcional, a capacidade intrínseca e os ambientes. A capacidade funcional, combina o ambiente em que o indivíduo vive, a capacidade intrínseca do mesmo e o modo

como este interage com o ambiente, em outras palavras, a capacidade de atender às necessidades básicas para garantir um padrão de vida, de aprender, crescer e tomar decisões, de se deslocar, de construir e manter relacionamentos, e, de contribuir para a sociedade. A capacidade intrínseca compreende todas as capacidades físicas e mentais de um indivíduo e os ambientes relacionam-se como o meio em que os indivíduos vivem e orientam a sua vida. Neste sentido, e de acordo com o Relatório que estabelece a década do envelhecimento saudável (2021-2030), este traduz uma resposta assente em direitos à população idosa, engloba o desenvolvimento humano, abrange todos os indivíduos, possibilita que as pessoas idosas tenham um papel, modera as desigualdades, enriquece a capacidade funcional com uma abordagem de toda a sociedade, e, debate sobre as preocupações dos governos para abordagens sustentáveis e económicas (OMS, 2020). De um modo geral, envelhecer ativo não pode descurar o reconhecimento das influências determinantes da saúde e da capacidade funcional, dos contextos e dos recursos, os quais no seu conjunto pautam a favor da ação interventiva junto das pessoas idosas.

De enfatizar, que, para que os indivíduos envelheçam com base nos princípios do envelhecimento ativo e saudável torna-se crucial olhar para o meio ambiente onde a pessoa idosa se encontra e para os recursos ao seu alcance, superando o desafio do envelhecimento com qualidade de vida que, com o passar do tempo, está cada vez mais dependente dos apoios sociais. Aliás, como Martín e Gonçalves (2007) especificam, importa que as respostas sociais sejam estruturadas beneficiando dos agentes estatais, locais e da sociedade civil, compreendendo o setor privado, as organizações não-governamentais, os voluntários, as organizações que representam as pessoas idosas e as que prestam serviços a esta, a respetiva pessoa idosa, bem como as comunidades e as famílias. Com efeito, e como se reconhece (Valleespir & Morey, 2007), é no meio familiar e na comunidade onde vivenciaram a maior parte da vida que as pessoas idosas se sentem felizes, satisfeitas e completas, por isso, a existência de redes de apoio informais e de relações significativas, é substancial para o bem-estar dos mais velhos.

## **CAPÍTULO II – FAMÍLIA E PESSOA IDOSA**

### **2.1. Família: conceptualização e transmutações**

A família constitui o núcleo central, a base de apoio dos indivíduos, podendo definir-se como um grupo de pessoas que se encontram unidas por laços de parentesco, remetendo este, para as “relações entre indivíduos estabelecidas através do casamento ou por meio de linhas de descendência que ligam familiares consanguíneos (mães, pais, filhos e filhas, avós, ...)” (Giddens, 2007, p. 175). No mesmo sentido, Figueiredo (2020), realça que a família abrange um conjunto de indivíduos que, com algum grau de parentesco, residem na mesma habitação e assim compõem uma estrutura residencial, reconhecendo-a como “uma instituição que, via de regra, possui grande valor em todas as camadas sociais, tendo em vista que a sua função principal é cuidar, zelar e proteger os seus membros, entre outras responsabilidades” (p. 102). Sendo o principal suporte de apoio aos seus familiares, dos quais, as pessoas idosas (Nobre, 2018), a família tende a chamar para si esta responsabilidade, assumindo a sucessão de consequências naturais do desenvolvimento do ser humano, entre elas, o envelhecimento e o cuidar da pessoa idosa (Figueiredo, 2020).

Existem diferentes tipos de família na sociedade contemporânea – a família nuclear, as uniões de facto, as uniões livres, as famílias recompostas, as famílias monoparentais e as famílias homossexuais – constituindo as mesmas, entidades dinâmicas com a sua própria personalidade, formadas por membros ligados por laços de afetividade, de sanguinidade ou até de interesse, construindo uma história de vida (e.g., Casqueira, 2016).

Ao longo das últimas décadas, observaram-se mudanças significativas na sociedade, especialmente ao nível da estrutura familiar, sendo a família, influenciada pelas várias mudanças que a sociedade foi assistindo (L. S. Andrade, 2009).

Em Portugal, à semelhança de outras sociedades ocidentais, o desenvolvimento e a transformação do conceito de família é bastante evidente. Neste sentido, até à segunda metade do século XX, prevaleciam as famílias de cariz patriarcal associadas, especialmente, à atividade agrícola, predominando as tipologias familiares tradicionais,

formadas por um casal com filhos, no entanto, após a década de 70, o modelo familiar tradicional nuclear, que atribuía à mulher o papel de cuidadora, sofre intensas alterações (Leandro, 2001). Várias são as transformações que têm vindo a afetar o conceito e os modelos de família, podendo referir-se que a mesma configura uma realidade polissémica (após a década de 70), passando a assumir a sua variedade de estruturas, formas de organização e idealizações (Leandro, 2001). A este respeito, múltiplos fatores concorrem para as transformações familiares, podendo, nos termos de Amaro (2006), apontar-se o processo de industrialização, o qual motivou a saída da mulher do seu ambiente doméstico e a sua entrada no mercado de trabalho, esclarecendo que, o mundo económico concedeu um diferente lugar à mulher, a qual deixa de estar apenas confinada ao seu papel de esposa e mãe, passando a participar no mercado de trabalho e, por conseguinte, a valorizar a sua escolarização. Tal conduziu ao segundo fator apontado como promotor das transformações familiares: a emancipação feminina. Adicionalmente, à industrialização e à emancipação feminina, existem outros fatores como a diminuição da extensão da família, o processo de urbanização e os elevados níveis culturais, que são apontados como vetores potenciadores das mudanças familiares. Estas são dinâmicas que tem vindo a reverter forte influência nos vários elementos que compõem o núcleo familiar, dos quais as pessoas idosas (Giddens, 2007).

Com efeito, face às alterações na família e perante o surgimento de novas estruturas/dinâmicas familiares, o lugar da pessoa idosa no seio familiar afigura-se comprometido, dada a importância da família para o bem-estar da mesma e as inúmeras dificuldades que aquela tem, para lhe prestar o devido apoio. Lopes e Gonçalves (2012), destacam a importância dos laços familiares na perceção da felicidade da pessoa idosa, em relação à presença e à participação da família no processo de envelhecimento. Na verdade, o apoio da família é tão significativo que nunca poderá ser trocado por nenhuma outra entidade, mormente, a nível económico, sociocultural, educativo e psicobiológico (Salgueiro & Lopes, 2010).

Nesta linha de pensamento, vêm sendo assinaladas, mudanças nas funções (e.g., socialização) praticadas pelas famílias na sociedade contemporânea, as quais possuem um grande efeito no processo de envelhecimento, podendo mesmo referir-se que, se em tempos, envelhecer em família era um “clássico”, atualmente, o panorama difere. Contudo, ainda que as famílias tenham perdido certas funções, continuam a preservar

outras, principalmente, a função afetiva, uma vez que é na família que o indivíduo é visto como um todo e não somente como alguém que pratica certos papéis sociais (Macedo, 2015). De acordo com Alarcão e Gaspar (2007), a definição sistémica da família reporta para duas funções – funções internas e externas, responsáveis pela proteção e independência dos diversos membros e pela boa integração no contexto social e cultural – que a mesma terá de corresponder de maneira a possibilitar o seu desenvolvimento (i.e., o ciclo vital da família) e facultar um desenvolvimento saudável dos seus elementos.

No que se refere ao ciclo vital da vida, compreendendo o fenómeno de envelhecimento, Figueiredo (2020) especifica que, com as mudanças na estrutura familiar e o desenvolvimento de novas perspetivas, a família institui uma nova fase no seu ciclo vital. Sendo assim, o envelhecimento, como um processo pluridimensional holístico, engloba as mudanças relativas à passagem do tempo que, em diversos casos, modificam a capacitação funcional individual da pessoa idosa, a sua personalidade, a sua afetividade e a sua relação com os seus familiares. Estas mudanças intrínsecas à última etapa do ciclo vital da família caracterizam-se por transformações associadas ao envelhecimento, como um processo novo e singular.

Concretamente, o ciclo vital da família determina-se como uma sequência de transições na organização familiar, ou seja, é o progresso histórico da família, onde as alterações têm a ver com a evolução dos seus membros, logo, quando a família avoca o cuidado de uma pessoa idosa, esta encontra-se no ciclo da fase madura ou fase última, que representa o envelhecimento (Figueiredo, 2020). Lourenço (2014) afirma que, incumbe a todos, a iniciar pela família, observar a pessoa idosa numa outra perspetiva, com o desígnio de lhe oferecer, na fase de vida avançada, ápices de alegria, satisfação, contentamento, vontade de viver, bem-estar e qualidade de vida. Desta forma, com o intuito de melhor interpretar o papel da família junto da pessoa idosa, carece-se de analisar outras vertentes, como o cuidar da pessoa idosa, distinguindo os contornos que estão associados a esta função de apoio/cuidado.

## **2.2. A família e o apoio às pessoas idosas: funções, ímpetos e contrariedades**

O envelhecimento acarreta consigo um acréscimo de complexidades a vários níveis, visto que, viver durante mais anos eleva, consideravelmente, a probabilidade de ocorrência de certas patologias, que levam a casos de dependência, isolamento social, perda de autonomia, depressão, entre outras situações, as quais podem potenciar sofrimento quer às pessoas idosas, quer às respetivas famílias que lhes prestam os devidos cuidados. Martins (2014) refere que prestar cuidados sempre foi uma função elementar da vida das famílias, podendo falar-se de cuidar de crianças, cuidar da família e cuidar de pessoas idosas. Também Hanson (2005) corrobora que, o envelhecimento é um dos focos da ação da família, que as pessoas idosas fazem parte da rede familiar até ao seu fim de vida, destacando que o apoio intergeracional de cuidados se estende ao longo do ciclo vital da família.

Em Portugal, o cuidado prestado às pessoas idosas é assumido, no primeiro momento, pelas famílias, como sustenta Pego (2013), mantendo-se “tradicionalmente, a família como primeira linha de cuidados aos idosos dependentes, sobretudo, em zonas rurais” (p. 16). Este papel expressivo de cuidado, enquadrado histórica e culturalmente no seio familiar está, aliás, na base, entre nós, da designada “sociedade providência” (Pimentel & Albuquerque, 2010). Neste contexto, o vocábulo “cuidar” pode ser compreendido como o apoio que um indivíduo proporciona à pessoa idosa no cumprimento de tarefas que a mesma não consegue fazer de forma autónoma e que, de certa forma, são substanciais para a conservação e promoção do seu bem-estar (São José, 2012). A prática de cuidado abrange o apoio na realização de tarefas diárias, de atividades instrumentais, na resolução de problemas emocionais e no controlo de cuidados prestados por outros indivíduos (São José, 2012).

Quanto ao familiar que presta cuidados (i.e., cuidador familiar/cuidador informal), é um elemento da família muito próximo à pessoa idosa que assume, diretamente, a totalidade dos cuidados, na maior parte dos casos (Sequeira, 2018). Não obstante, falar de cuidadores remete também para a existência de uma rede de cuidadores, na qual se incluem o cuidador primário/principal, o cuidador secundário e o cuidador terciário (Cabanita, 2021). De acordo com Cabanita (2021), o cuidador primário/principal tem como encargo a prestação de cuidados de forma íntegra, especificamente, acompanhar,

supervisionar, direcionar e/ou cuidar do indivíduo que carece dos seus cuidados (Neri & Carvalho, 2002), podendo ser um elemento familiar ou outro integrado, por exemplo, em serviços de apoio. Em contrapartida, o cuidador secundário é o indivíduo que auxilia na prestação de cuidados de forma causal ou frequente, representando, principalmente, o familiar que ajuda o cuidador principal. O cuidador terciário, que pode ser um familiar, um amigo ou até um vizinho próximo, não tem qualquer responsabilidade pelo cuidado, dado que auxilia somente quando pedido ou em situações de emergência. A este nível, Martins (2014) advoga que as redes sociais de apoio à pessoa idosa tornam-se essenciais no que toca à prestação de cuidados, apesar de ser da responsabilidade primeira da família, cuidar diariamente e sucessivamente da pessoa idosa.

Para Fazenda (2008), a rede social diz respeito ao conjunto de indivíduos com quem um elemento/indivíduo sustenta uma relação, compreendendo laços individuais, aspetos quantitativos e estruturais das relações humanas e aspetos qualitativos. Podendo, de forma genérica, caracterizar-se como um grupo de recursos facultados por outros indivíduos, retratando assim, a plenitude das relações que o indivíduo tem à sua disposição, as redes sociais colaboram na capacidade de adaptação do indivíduo, assim como na preservação da sua saúde física e mental (Batista, 2019). Numa perspetiva sociológica, as redes sociais fornecem aos indivíduos a identidade social e contribuem em termos sociais para o estabelecimento de novas relações e de novas soluções que se colocam às sociedades, assumindo uma posição de apoio (Caetano, 2009). Tal como Sluzki et al. (2002, como citado em Wanderbroocke, 2017, p. 101) sugerem, as redes sociais desempenham várias funções que se consideram como “formadoras de identidade, fonte de bem-estar, competência e agenciamento, cuidados à saúde e capacidade de adaptação a uma crise”.

Em conformidade com Rodrigues (2010), a rede social das pessoas idosas ocupa um papel principal na vida destas, sendo considerada uma configuração determinante para o seu bem-estar psicológico, dado o maior risco dos mais velhos a sofrerem perdas sociais fundamentais, como o falecimento do cônjuge ou de amigos, limitações funcionais e questões de saúde. Ou seja, torna-se importante a rede social das pessoas idosas, correspondendo a diminuição da mesma a uma probabilidade de ser penalizada a da qualidade de vida daqueles, de acrescerem as suas dificuldades funcionais, o *stress* diário, a incidência de doenças, ou até surgirem situações mais graves (e.g., falecimento).



Os cuidadores familiares são uma “componente” da rede social e uma das mais importantes configurações de apoio (e.g., social), destacando a literatura várias conceptualizações a este respeito. Neste âmbito, distingue-se a rede social primária e a rede social secundária, sendo que na primeira, as interações sociais detêm uma natureza afetiva e uma dimensão não institucional, reportando-se a relações familiares, de amizade e vizinhança. Por seu lado, as redes sociais secundárias referem-se ao conjunto de indivíduos ligados por uma mesma função num contexto institucional, isto é, refere-se aos constituintes da rede com os quais se institui relações num contexto formal e com objetivos funcionais (Guadalupe & Cardoso, 2018). Destaca-se, ainda, que estas podem ser diferenciadas em formais ou informais, consoante o seu nível de organização, de estruturação, dos objetivos e das relações estabelecidas.

Tendo por base Pimentel (2005), o cuidado às pessoas idosas em Portugal é, de um modo geral, realizado por familiares, de forma não remunerada, sendo o cuidador familiar aquele que se responsabiliza pelos cuidados e a quem está destinado o trabalho de rotina, ainda que, como sublinha Martins (2014), a prestação de cuidados não se distribua de forma equitativa, sobretudo, no cuidado à pessoa idosa dependente. Neste sentido, e como vários estudos informam (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais [MCCI], 2021), o familiar que mais se destaca no cuidado à sua pessoa idosa é a mãe/pai (51,4%), seguido do cônjuge (18,0%), do filho/a (12,7%), de outros sem grau de parentesco direto (9,2%), do avô/avó (6,2%), de tios (2,2%) e de sobrinhos (0,1%).

De um modo mais detalhado pode, pois, referir-se, que a prestação de cuidados, se determina como a ação de promover ajuda a um indivíduo, propiciando a manutenção de um bom grau de autonomia (Gomes & Mata, 2017). Segundo Teixeira et al. (2017), os cuidados prestados pelos cuidadores informais (familiares) podem ser reunidos em três domínios: informativos, que se descrevem num apoio em termos de informação e orientação; instrumentais, que podem ser de natureza física (higiene, alimentação), de natureza técnica (curativos, preventivos) e de outros mais práticos (acompanhamento a consultas, gestão financeira); e, expressivos, que são, particularmente, os cuidados afetivos (carinho, companheirismo) e os cuidados relacionais (convívio, comunicação).

A este respeito, Silva (2014) descreve os domínios das funções desempenhadas pelos cuidadores de uma pessoa idosa, que passam por “proporcionar apoio nas atividades de vida diária, lidar com dificuldades funcionais relacionadas com atividades físicas e

com o autocuidado, atender a necessidades de suporte emocional e lidar com pressões psicológicas que emergem da prestação de cuidados” (p. 59). Sequeira (2018) ainda acrescenta, de forma pormenorizada, determinadas funções que o cuidador necessita de desempenhar e com as quais se vê confrontado, como por exemplo, promover a autonomia e a independência, garantir um ambiente agradável e um sono adequado, propiciar a participação/envolvimento familiar, adaptar o ambiente de modo a prevenir acidentes, controlar a atividade da pessoa idosa, proporcionar um ambiente seguro no domicílio e no exterior, estimular a comunicação e a socialização, incentivar as atividades físicas, de lazer e sociais, e, prestar outros cuidados consoante cada situação específica e consoante as instruções dos profissionais de saúde que assistem o cuidado.

Sousa e os seus colegas (2004) efetuaram uma análise aos aspetos positivos e negativos da prestação de cuidados, tendo realçado como aspetos positivos o aumento de sentimentos de realização, felicidade, carinho, agradecimento, recompensa, desenvolvimento de aptidões, fortificando assim as relações com o familiar (Paúl, 2005). Portanto, verifica-se que a prestação de cuidados revela benefícios a nível psicológico e sócio afetivo, exprimindo o cuidador um sentimento de dever cumprido, satisfação pessoal, aumentando, a par, os laços afetivos com o familiar da pessoa idosa e desenvolvendo as competências pessoais (F. M. Andrade, 2009).

Em relação a fatores que levam os familiares a cuidar dos seus, um estudo recentemente realizado (MCCI, 2021), indica que as situações de doença se mostram determinantes, designadamente: alzheimer/outras demências (32,6%), acidente vascular cerebral (12,4%), diabetes (6,4%), doença oncológica (6,3%), mobilidade reduzida (5,8%), parkinson (5,2%), limitações decorrentes da idade (5,0%), doença cardíaca (4,6%), dependência/acamado (3,4%), autismo (2,9%), paralisia cerebral (2,7%), esclerose lateral amiotrófica (2,0%), invisual (1,6%), diversas doenças (1,5%), doença renal (1,4%), doença respiratória (1,4%), doença pulmonar obstrutiva crónica (1,2%), esclerose múltipla (1,1%), deficiência cognitiva (1,0%) e insuficiência cardíaca (0,7%).

De salientar que os impulsionamentos para a prestação de cuidados decorrem em muito dos fatores e “benefícios sentidos”, atrás referidos, sabendo-se que o apoio familiar se funda, em relação às pessoas idosas, nos “princípios antigos, e ... tradições culturais e familiares, ... [emergindo como] um dever familiar a assistência aos mais velhos, reconhecendo a hierarquia assistencial” (Nobre, 2018, p. 11).

Acerca dos aspetos negativos alocados ao cuidado familiar, Sousa et al. (2004) elencam mudanças ao nível da saúde, “dispondo o cuidador de menos tempo para cuidar de si”, da vida social, “pois ocorre uma diminuição das relações sociais devido à falta de tempo e preocupações constantes”, e, das relações familiares, uma vez que “ocorrem constantes conflitos familiares devido ao *stress* que advém do cuidado, desencadeando os sentimentos de irritabilidade, ansiedade e depressão” (pp. 59-60).

Efetivamente, a prática do cuidado não é isenta de dificuldades para todos aqueles que os prestam (e.g., familiares), visto que, para além da falta de informação acerca dos métodos para cuidar, ainda existe falta de informação por parte dos cuidadores para lidar com o *stress* que provém da prestação de cuidados (Paúl, 1997). Ainda que se pretenda intensificar a prestação de cuidados no seio familiar, existe todo um conjunto de circunstâncias que se afirmam como desvantagens para que tal ocorra (Martins, 2014). Martín e Brandão (2012) argumentam que, as atuais dinâmicas de planeamento da vida diária são formadas por um conjunto de fatores que impedem as famílias de cuidar das suas pessoas idosas, em particular, “excessiva carga horária laboral; horários cada vez mais alargados, quer para homens quer para mulheres; pouco tempo livre; falta de competências técnicas, financeiras e habitacionais para lidar com quadros demenciais e com idosos dependentes; entre outros” (p. 25).

Complementarmente, Silva (2014) refere que as necessidades dos cuidadores decorrem de vários fatores, como o tipo e o grau de dependência da pessoa idosa, a condição de saúde do cuidador, a presença ou não de indivíduos que prestem ajuda adicional, o uso ou o acesso a serviços de apoio, ou não, o poder económico, o isolamento social, e, a participação ou não no mercado de trabalho. Estudos recentes informam que, após avaliarem as necessidades dos cuidadores informais, algumas das principais necessidades passam por repensar as políticas sociais e o papel que desempenham junto dos mesmos, nomeadamente, o reconhecimento do cuidador informal como um elemento fundamental na prestação de cuidados, a disponibilidade de ajudas técnicas e/ou equipamentos para o exercício desta função, assim como a necessidade de descanso (MCCI, 2021).

Assim, o ato de cuidar torna-se bastante complexo, existindo momentos em que o cuidador familiar vivencia sentimentos vários, tais como a culpa, o receio, a ânsia, a desorganização e o cansaço, podendo os mesmos ocorrer em simultâneo e carecendo de

serem entendidos pelos indivíduos que rodeiam o cuidador, pois fazem parte integrante da relação entre o mesmo e o indivíduo cuidado. É de salientar que quando um cuidador se encontra apenas comprometido com o ato do cuidado, este “encargo” (i.e., sobrecarga) pode ser deveras expressivo, sendo importante a existência de opções/alternativas de apoio complementar a nível de cuidados (Figueiredo, 2020). Neste enquadramento, Figueiredo (2020) alude que, geralmente, os indivíduos que estão encarregues do cuidado e as suas famílias possuem pouco conhecimento para gerir essa situação, tornando-se, em muitos casos, fundamental o apoio de profissionais especializados para o alcance do bem-estar da pessoa idosa, sendo “o preparo profissional e pessoal dos indivíduos relacionados ao cuidado ... uma necessidade crescente em muitos países, tendo um aumento significativo também no nosso país” (pp. 106-107).

Constata-se, pois, que muitas famílias se vêm obrigadas a procurar cuidados formais, dada a sua incapacidade em se organizarem de maneira a prestarem apoio aos seus, reconhecendo-se ser necessário investir em políticas sociais e económicas que permitam às pessoas idosas continuar a envelhecer junto das suas famílias (Oliveira, 2005). Tal como Martins (2014) advoga, o fenómeno de envelhecimento exige, cada vez mais, medidas que permitam às famílias continuar a cuidar das suas pessoas idosas, a par com apoios formais, tornando-se estes, frequentemente, os principais, dadas as situações específicas de muitas pessoas idosas, o que não invalida a proximidade da família. No essencial e tal como sublinha Carvalho (2021), o ato de cuidar implica interconectividade, assim como interdependência, sendo tributário de vários tipos de relações sociais, dos quais, o parentesco/família e pode emergir “no domínio do Estado e/ou outros domínios sociais e em diferentes locais ou configurações” (p. 21), designadamente, no quadro do apoio institucional/formal ancorado em estruturas residenciais.

## **CAPÍTULO III – ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS E INSTITUCIONALIZAÇÃO**

### **3.1. Respostas sociais para as pessoas idosas: o caso das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas**

Com o intuito de melhorar as condições de vida da população idosa e responder ao desafio do envelhecimento, o Estado assumiu a iniciativa de desenvolver um conjunto de políticas, serviços e medidas, por forma a ir ao encontro das diversas necessidades e níveis de carência, tal como Soares et al. (2007) sustentam, ao referir que o Estado tem de desenvolver uma política social capaz de satisfazer as necessidades sociais, de apoiar os direitos sociais e de grupo, com o desígnio de propiciar bem-estar e qualidade de vida aos mais velhos por meio de sistemas públicos de ação social.

O despertar da política social no quadro da velhice em Portugal iniciou-se, sobretudo, no início da década de 70, após a Revolução de abril de 1974, aquando da institucionalização do direito universalizado à reforma, relacionado com a construção de um sistema de segurança social (Leal, 1998, como citado em Cardoso et al., 2012). As políticas sociais de velhice são entendidas como um conjunto de intervenções públicas ou ações coletivas que estruturam as relações entre velhice e sociedade (Guillemard, 1995), originando e desenvolvendo “bens e agentes encarregues de os gerir, cujos consumidores são os indivíduos que atingiram determinado patamar de idade” (Fernandes, 1997, p. 146). De acordo com Cardoso et al. (2012), ao longo dos anos, sucederam-se algumas medidas, programas e respostas sociais dirigidas à velhice (e.g., Carta Europeia dos Direitos e Liberdades da pessoa idosa residente em instituições; Programa de apoio comunitário às pessoas idosas; Programa Apoio Integrado a Idosos; Programa para a Inclusão e Desenvolvimento; Complemento Solidário para Idosos; Rede Nacional de Cuidados Integrados; entre outras), consubstanciando, assim, um conjunto de políticas de velhice, com o objetivo de satisfazer as necessidades que decorrem desta etapa da vida. Como o estudo realizado por Cardoso e seus colegas (2012) sublinha, nas últimas duas décadas, o número de medidas implementadas associadas à gestão pública da velhice (i.e., estratégias, programas, equipamentos e serviços) registou um aumento

que se mostra revelador da crescente importância atribuída à velhice no domínio das ações governamentais.

Refira-se que, até à conceção das Misericórdias no final do século XV e desde os primórdios da nação, as carências da população portuguesa, em matéria de assistência, originaram uma diversidade de iniciativas (Luís, 2016). Como enfatiza Luís (2016), no final do século XV, existiam quatro tipos de estabelecimentos assistenciais: as albergarias, os hospitais, as gafarias ou leprosas e as mercearias, todavia, somente os hospitais subsistem nos dias de hoje, com o propósito de prestar cuidados de saúde. A partir do século XVII, a solidariedade começou a desfazer-se do sentido meramente religioso da caridade, vindo a assumir-se (mais tarde) como um dever social do Estado e da sociedade. Neste seguimento, nos finais do século XVIII, foi criada a Casa Pia, um modelo para o lançamento da assistência social com base pública/estatal em Portugal. Em 1963, surgiram as Instituições Particulares de Assistência (Lei n.º 2120, 1963), e em 1976, conforme estipulado no artigo n.º 63 da Constituição, surgiu pela primeira vez o termo Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

As IPSS designam-se como sendo sujeitos coletivos, sem fins lucrativos, formadas unicamente por iniciativa de particular, “com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público”, e a sua atuação regula-se pelos princípios que orientam a economia social, assim como pelo regime enunciado no Estatuto das IPSS (Decreto-Lei n.º 172-A, 2014, artº1). Os objetivos supracitados realizam-se através da adjudicação de bens, prestação de serviços e de outros intentos que promovam o bem-estar e qualidade de vidas dos indivíduos e famílias (Decreto-Lei n.º 172-A, 2014, artº1-A). Ainda, verifica-se que estas instituições podem revestir uma das seguintes formas: Associações de Solidariedade Social; Associações Mutualistas ou de Socorros Mútuos; Fundações de Solidariedade Social; Irmandades da Misericórdia; e, Institutos de Organizações ou Instituições da Igreja Católica, nomeadamente, Centros Sociais Paroquiais e Caritas Diocesanas e Paroquias (Decreto-Lei n.º 172-A, 2014, artº2). Destarte, realça-se que as IPSS têm manifestado, por meio da sua ação, deter competências para responder com elevada eficiência às circunstâncias de emergência social e de apoio a indivíduos vulneráveis, dado que a promoção solidária destas compõe a origem da sua ação, apoiada

na perícia de inovação e adaptação, frente às respostas sociais substanciais (Decreto-Lei n.º 172-A, 2014).

No presente, no campo das respostas sociais, o território nacional conta com uma rede de serviços e equipamentos, sendo que as respostas direcionadas para as pessoas idosas abrangem, principalmente, o serviço de apoio domiciliário (SAD), o centro de convívio, o centro de dia, o centro de noite, o acolhimento familiar e as ERPI. Em Portugal, como informa o GEP (2020), no seu relatório alusivo à Carta Social, o SAD, o centro de dia e as ERPI consistem nas respostas sociais com maior representatividade, tendo registado um crescimento de 53%, entre 2000 e 2020. Neste domínio, as respostas SAD e ERPI foram as que demonstraram um maior crescimento e as que ostentaram a maior oferta, no mesmo período (2000-2020), contabilizando-se, no ano de 2020, cerca de 7 350 respostas de SAD, centro de dia e ERPI, das quais 2 568 correspondiam a ERPI. Relativamente à capacidade das respostas para as pessoas idosas, em 2020, determinaram-se na totalidade, 278 529 lugares em SAD, centro de dia e ERPI, sendo que 101 919 lugares foram alocados a ERPI.

As ERPI constituem uma resposta social crucial para as pessoas idosas, evidenciando tendências de crescimento, dado o avolumar das pessoas idosas e, principalmente, da condição de dependência e vulnerabilidade a muitas associadas (e.g., Luz, 2019). Nos termos da legislação em vigor, considera-se ERPI “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente”, destinado a indivíduos com 65 ou mais anos de idade que, por motivos de natureza familiar, “dependência, isolamento, solidão ou insegurança”, não podem continuar na sua residência, assim como a indivíduos adultos, com idade inferior a 65 anos (exceções justificadas), estando ainda esta resposta vocacionada para provisionar alojamento em situações pontuais, decursivas da ausência, restrição ou necessidade de repouso do cuidador (Portaria n.º 67/2012, 2012, artºs 1 e 5). Estas estruturas visam desenvolver atividades de apoio social e prestar cuidados de enfermagem, possuindo vários objetivos, a saber, “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar, e, potenciar a integração social” (Portaria n.º 67/2012, 2012, artº3). No que concerne aos seus princípios de atuação, as ERPI possuem como eixos orientadores os relativos à

“qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade”; à “interdisciplinaridade”; à “avaliação integral das necessidades do residente”; à “promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia”; bem como à “participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados” (Portaria n.º 67/2012, 2012, artº4).

Em termos operativos, as ERPI funcionam com uma capacidade máxima de 120 residentes e mínima de quatro residentes, mostrando-se organizadas por unidades funcionais. Estas últimas são áreas funcionais, fisicamente associadas e equipadas para proporcionar alojamento aos residentes, assente num ambiente de conforto e humanizado, assim como prestação de vários serviços, tendo cada unidade funcional, uma capacidade máxima de 60 residentes (Portaria n.º 67/2012, 2012, artº6).

Adicionalmente, salienta-se o facto de poderem existir diferentes modalidades de alojamento no quadro das ERPI, designadamente, tipologias habitacionais (apartamentos e/ou moradias), quartos ou tipologias habitacionais, juntamente com o alojamento em quartos (Portaria n.º 67/2012, 2012, artº7). As atividades e serviços provisionados por estas respostas procuram atender à diversidade de necessidades, exigências e requisitos que a vivência em instituição implica, assim, facultam alimentação apropriada às necessidades dos residentes, cumprindo as prescrições médicas; cuidados de higiene própria; tratamento de roupa; limpeza dos espaços; programas de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais; suporte no desenvolvimento das atividades da vida diária; cuidados de enfermagem e de saúde; e, ministração de medicamentos, quando prescritos. De igual modo, as ERPI carecem de permitir: a convivência social, através do estabelecimento de relações entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria sociedade, consoante os seus interesses; a colaboração dos familiares ou representante legal, no auxílio ao residente sempre que necessário; a viabilização de outro tipo de serviços, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida do residente; e, a permissão da assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na falta de capacidade deste, quando pedido pelos seus familiares ou representante legal (Portaria n.º 67/2012, 2012, artº8).

Todas as especificidades que uma ERPI apresenta faz com que a sua organização interna tenha de ser variável e adaptativa, devendo influenciar a vida da sociedade em que se enquadra e ser flexível às características e convocações do exterior. Esse contributo



é expresso de forma explícita através da missão da ERPI. Para além da missão, as ERPI possuem valores considerados os princípios que as orientam e que se pretende que sejam intemporais. A identificação clara dos direitos e deveres de todos os membros, a probidade e a transparência, são os três valores que devem estar presentes em todas estas estruturas. Quanto à visão, a mesma reflete a ambição declarada, i.e., dá conta do que a entidade pretende vir a ser a médio prazo, devendo ser equilibrada, consistente, apelativa, concisa, inspiradora e realizável (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social [GCPAS], 2005).

A estratégia, constitui a par, um elemento de referência nas ERPI, reportando-se a mesma às diretrizes que se pretendem seguir para uma boa gestão destas entidades. Tal implica, especificar a maneira e os calendários de concretização dos objetivos determinados na missão. Também as questões de ética se mostram fulcrais nestes contextos, devendo de existir uma cultura de respeito assente em princípios precisos e estáveis, de modo a que todos os colaboradores atuem de forma ética, sendo, por isso, vantajoso adotar um código de ética, ou seja, um documento que funda as bases da conduta dos colaboradores, em contexto laboral, inserindo padrões normativos (GCPAS, 2005).

Para que possam assegurar a sua missão às ERPI é solicitado que possuam um quadro de pessoal, abrangendo profissionais capazes de garantir a prestação dos serviços 24 horas por dia, ou seja, para além de um diretor técnico, constituem requisitos destas estruturas, enquadrar no mínimo

[...] um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial, por cada 40 residentes; um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno; um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimento com capacidade igual ou superior a 40 residentes; um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro(a), por cada 20 residentes; e, um(a) empregado(a) auxiliar, por cada 20 residentes. (Portaria n.º 67/2012, 2012, artº12)

Complementarmente, pode haver pessoal a realizar a mesma função ou funções diferenciadas, contudo, o trabalho que realizam é sempre correlativo. O trabalho em equipa possibilita a operacionalidade de inúmeras utilidades, como por exemplo, “partilhar os princípios orientadores da organização residencial, partilhar informações e dúvidas, partilhar responsabilidades, garantir um maior suporte emocional do pessoal, aumentar o sentimento de pertença, prevenir e diminuir o *stress* dos técnicos” (GCPAS, 2005, p. 112).

Como se pode aferir no Manual de Boas Práticas do GCPAS (2005), uma ERPI não é apenas constituída pelos que nela residem, mas por todos os indivíduos que colaboram para a sua existência e desenvolvimento, i.e., diretores, colaboradores remunerados, voluntários, familiares e amigos dos idosos, sendo que a este grupo de indivíduos, equipamentos, serviços e recursos financeiros, se conota de organização, podendo divergir na sua dimensão.

É sabido que as ERPI desempenham um papel necessário e crucial na sociedade, representando uma das respostas com maior protagonismo no apoio às pessoas idosas e suas famílias (e.g., Fonseca, 2020). Contudo, e como enfatizam Abreu e os seus colegas (2017), deve dar-se grande atenção ao processo de institucionalização, já que existem múltiplos aspetos positivos e negativos que o acompanham, traduzindo uma mudança muito significativa na vida dos indivíduos idosos, mostrando-se basilar, a implicação da família também no apoio/suporte a este novo contexto e, de uma forma contínua.

### **3.2. Institucionalização da pessoa idosa e a família**

O processo de institucionalização de pessoas idosas é, sem dúvida, uma das principais consequências do envelhecimento, consubstanciando uma realidade vivenciada pelos mais velhos, que por vários motivos, não conseguem obter uma resposta adequada às suas necessidades no seu seio familiar e na comunidade (Lourenço, 2014).

A institucionalização da pessoa idosa ocorre quando esta reside de forma regular, especificamente, 24 horas por dia, numa instituição, lar ou residência (Jacob, 2007). Segundo Cardão (2009), a institucionalização pode ser compreendida como um duplo processo, isto é, como um “recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares,

casas de repouso e afins, onde recebe assistência às suas necessidade”, ou, como “vivência de perda simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional” (p. 11).

De uma forma unânime, considera-se que manter as pessoas idosas no seu lar ou num clima familiar é fundamental para que tenham um envelhecimento com qualidade, ainda assim, nem sempre é possível, sendo inúmeros os motivos que levam à institucionalização de uma pessoa idosa (Coelho, 2018). De acordo com Alves (2016), a perda do cônjuge, familiares e amigos, os problemas de saúde física e com défices cognitivos, tal como o abandono, são fatores determinantes para a institucionalização. Por sua vez, as mutações na estrutura familiar, a perda de autonomia, a privação de serviços de apoio e a falta de condições a nível habitacional também são, normalmente, realçados como os principais motivos que levam à institucionalização das pessoas idosas (Almeida, 2008; Cardão, 2009; Pimentel, 2005). Fagundes et al. (2017) acrescentam ainda, o suporte social instável, o aumento de gastos com a saúde, as necessidades de reabilitação, a ausência de um cuidador e, muitas vezes, o facto de a pessoa idosa residir sozinha. Contudo, embora todos estes fatores sejam determinantes, há um outro fator que se manifesta muito frequentemente, o isolamento, ou seja, “a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efetivo em caso de maior necessidade” (Pimentel, 2005, p. 73).

Assim, em muitos casos, a institucionalização apresenta-se como o último recurso para as pessoas idosas, surgindo ligada a imagens negativas, visto que simboliza em termos de representação frequente o abandono, a separação, o fim da liberdade, a perda da independência e de privacidade, o sofrimento e a aproximação ao fim da vida (Cardão, 2009; Pimentel, 2005; Jacob, 2007). De igual modo, surgem, por vezes, sentimentos de culpa por parte da família, sentimentos de abandono por parte das pessoas idosas e tensões familiares com a saída de casa das mesmas para um lugar que consideram incógnito, traduzindo-se no aumento da imagem negativa. Todavia, apesar de a institucionalização ser apontada como negativa, a realidade é que pode promover um maior sentimento de segurança, como por exemplo, a atenuação do medo noturno, a supervisão de cuidados para pessoas idosas mais solitárias e um reforço da sua rede social (Cardão, 2009; Pimentel, 2005; Jacob, 2007).

Segundo Nobre (2018), a população idosa ostenta alguns medos aquando da sua entrada numa instituição, sobretudo, o de ser maltratado, a desconsideração pela sua integridade física e psicológica e o convívio com novos indivíduos. A este respeito, é de grande importância envolver a pessoa idosa em todo o processo da sua institucionalização, tanto quanto em todas as fases seguintes à tomada de decisão. Quando a pessoa idosa é envolvida quanto à escolha de uma instituição, podem suceder-se quatro tipos de reação: preferencial (quando a decisão parte da própria pessoa idosa), estratégica (corresponde a um planeamento prévio em que a pessoa idosa visa a possibilidade de se institucionalizar), relutante (quando a pessoa idosa não concorda e resiste à sua admissão) e passiva (a decisão é tomada por terceiros) (Sousa et al., 2004).

A integração de uma pessoa idosa numa instituição presume que haja uma adaptação, dado que se trata de uma alteração drástica na sua vida (Coelho, 2018). Tal significa que, a capacidade de adaptação à nova realidade é menor, constituindo um processo moroso, traduzindo a partilha do espaço uma das razões para que esta fase seja complicada, pois como destaca o Manual de Boas Práticas do GCPAS (2005), “partilhar um espaço, nomeadamente quando não existem laços de conhecimento, afetivos ou afinidades com outras pessoas, não é fácil; e manter nele a harmonia e a paz pode mesmo ser muito difícil” (p. 6).

Para Carvalho e Dias (2011), a adaptação ao novo lar pode ser positiva, uma experiência boa, uma vez que as pessoas idosas não deixam de se sentir essenciais, podendo continuar a praticar as atividades que realizaram anteriormente ou, até, encontrar novos hábitos, mas para isso, é necessário ter em conta as relações pessoais internas, fortalecer relações que impeçam o isolamento social e a solidão da pessoa idosa, assim como estimular as relações com o exterior, com a família e com os amigos/vizinhos.

A institucionalização e o processo de adaptação acarretam consigo enormes repercussões na vida dos mais velhos, podendo haver ruturas afetivas e a necessidade de criar ligações, sendo que, muitas vezes, a confraternização com os seus familiares passa a ser fragmentada por alguns dias da semana ou do mês (Casqueira, 2016). No entanto, quando as famílias optam pela institucionalização da pessoa idosa, procuram uma instituição que proporcione um ambiente afável, que providencie os cuidados básicos, ofereça companhia e que seja um lugar de harmonia e socialização entre todos os residentes (Perlini et al., 2007).

Como descrito por Perlini et al. (2007), grande parte dos familiares acreditam que, através de visitas, conseguem preservar os laços afetivos, dedicar amor e dedicação, comunicar, desempenhar atividades em conjunto e aprovisionar o suporte financeiro. De outro modo, também se verificam situações contrárias, em que os familiares não retornam mais à instituição, delegando os cuidados da pessoa idosa aos profissionais (Casqueira, 2016). À vista disso, o distanciamento prolongado da família provoca tristeza, depressão, ânsia e solidão na pessoa idosa, que se acha abandonada (Casqueira, 2016).

Como refere o estudo da União das Misericórdias Portuguesas [UMP] (2021), “a família deve ser obrigatoriamente envolvida e responsabilizada nas respostas para o envelhecimento, tendo um papel muito importante, uma vez que, melhor que ninguém, conhece o trajeto e evolução da situação do residente” (p. 29). Fundamentalmente, e tal como Casqueira (2016) e Fonseca (2020) aludem, é importante, cada vez mais, que as ERPI possam estar atentas e inovar na integração de ambientes para socialização, reconhecimento da independência e autonomia, conservação da individualidade e respeito pela identidade da pessoa idosa, destacando-se que, é de grande interesse entender que a presença de todos é essencial para o bom funcionamento das ERPI e para o bem-estar das pessoas idosas e respetivas famílias. Deste modo, constata-se que, somente, através de um trabalho em conjunto entre todos estes interlocutores se torna possível intervir neste contexto, sendo os profissionais de Serviço Social agentes de relevada importância nestes ambientes, não apenas porque compreendem as especificidades das pessoas idosas institucionalizadas e as mudanças que as mesmas vivenciam, mas também, porque podem, dado o seu mandato profissional, mobilizar ações e estratégias capazes de apoiar a melhor vivência em instituição (Luz, 2019), fomentando também a implicação familiar que se mostra necessária para as pessoas idosas (e.g., Pimentel, 2005).

## **CAPÍTULO IV – SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DE ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS**

### **4.1. Serviço Social e envelhecimento**

De acordo com o Código Deontológico dos Assistentes Sociais (CDAS, 2018), o Serviço Social é definido como “uma profissão de intervenção e uma disciplina acadêmica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da pessoa” (p. 5), sendo os princípios da justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade, centrais ao Serviço Social, além de que, sustentado nas suas teorias, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, relaciona os indivíduos com as estruturas sociais para dar resposta aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social.

Efetivamente, o profissional de Serviço Social constitui um agente de mudança da sociedade, que intenta estudar e atuar, de forma a diminuir as condições de desigualdade, promovendo a justiça social e a cidadania (Ribeirinho, 2013). Também Ferreira (2009) advoga que, o objetivo da intervenção do profissional passa por criar e proporcionar novas oportunidades de desenvolvimento das potencialidades de cariz individual e coletivo, com vista a que todos os indivíduos pratiquem as suas competências e responsabilidades sociais e individuais. Deste modo, o assistente social designa-se como um profissional da intervenção social com uma prática interdisciplinar, que trabalha com e para os indivíduos, numa dialética de coadjuvação, utilizando na sua ação pública um conjunto de competências específicas, adicionais entre si, nomeadamente, políticas (desempenhar ações no sistema político e na opinião pública), relacionais (gerar ligações de apreço, segurança, empatia, entre outras), psicossociais (fortalecer métodos de ajuda, capacitação, participação social e apoio sociopedagógico), assistenciais (responder às principais carências dos indivíduos) e técnico-operativas e reflexivas (saber informar, intervir, diagnosticar, projetar, efetuar e avaliar) (CDAS, 2018).

Não obstante a área em que atue, a intervenção do assistente social carece sempre de se fundar numa conduta eticamente informada, tendo em conta os valores – dignidade humana, liberdade e justiça social – e os princípios – direitos humanos, responsabilidade

coletiva, integridade profissional, confidencialidade profissional e sustentabilidade do ambiente e da comunidade – da profissão (CDAS, 2018).

Em jeito de enquadramento da ação do Serviço Social, deve também realçar-se que a mesma se foca, geralmente, no *empowerment*, seja como modelo teórico, seja como valor profissional, procurando o assistente social exercer a sua atividade, de modo que os seus públicos (e.g., utentes) adquiram competências e capacidades, que lhes permitam melhorar as condições de vida e adquirir condições de autonomia, atendendo aos contextos/situações em que se enquadram. Por *empowerment*, considera-se um processo deliberado e constante, centralizado na comunidade circunscrita, integrando a reflexão crítica, o respeito mútuo, a participação e a atenção, através do qual, os indivíduos com falta de acesso a diversos recursos conseguem ter maior acesso e controlo sobre si, dito de outro modo, traduz um processo pelo qual os indivíduos obtêm controlo sobre as suas vidas, a participação democrática na vida da comunidade e uma perceção crítica do meio onde se inserem (Horochovski, 2006; Perkins & Zimmerman, 1995).

O *empowerment* constitui uma perspetiva muito convocada na área do envelhecimento, cujo princípio procura alterar a velhice de “problema-drama” para “oportunidade-recurso”. Tal remete para a necessidade de compreender o aumento das pessoas idosas na sociedade não como um problema, mas sim como um desafio, quebrando clichés negativos relacionados a esta fase da vida, sendo que o assistente social deve trabalhar tanto em termos assistenciais, como em termos de independência, capacitação, emancipação e colaboração (Pinto, 2013). Logo, o *empowerment* orienta a prática dos profissionais de Serviço Social para o reconhecimento das capacidades e potencialidades da pessoa idosa, focando-se, principalmente, nos aspetos positivos do seu dia-a-dia (Martins, 2017).

Segundo Ribeirinho (2013), os assistentes sociais atuam em distintos contextos, com distintas problemáticas e destinatários, porém, as problemáticas associadas ao envelhecimento caracterizam-se como áreas clássicas da intervenção do Serviço Social que têm vindo a assumir novas formas, convocando um repensar da intervenção. O Serviço Social na área do envelhecimento define-se como um conjunto dos contributos científicos, profissionais, docentes e de formação próprios da disciplina, determinados a entender e minimizar as carências sociais das pessoas idosas e a contribuir para a melhoria do bem-estar social (Ribeirinho, 2013). Martins (2017) alude que compete ao Serviço

Social, na sua função educativa e política, promover os direitos sociais da pessoa idosa, assegurar a dignidade e incentivar a sua participação, visando alterar e transformar a situação (de desvantagem) do idoso.

Desta forma, verifica-se que a intervenção do Serviço Social no campo da velhice ocorre junto de populações heterogêneas, com problemáticas muito complexas e multidimensionais, sendo que o principal objetivo passa por conhecer e modificar a realidade das pessoas idosas, cooperando em parceria com outras profissões, para o bem-estar do respetivo grupo populacional por meio de um sistema geral de ações (Ribeirinho, 2013). Para operacionalizar este objetivo, o profissional de Serviço Social deve observar, identificar e investigar as necessidades sociais dos mais velhos, procurando não centralizar-se somente nas atuais e/ou possíveis necessidades da pessoa idosa, mas concentrando-se na capacidade de responder a essa mesma necessidade, sugerindo, posteriormente, soluções com base nos recursos sociais presentes (Ribeirinho, 2013). Para além do respetivo objetivo, o Serviço Social na área do envelhecimento abrange outros vários objetivos que se situam em três dimensões, designadamente, individual (preservar e elevar a funcionalidade social da pessoa idosa; desenvolver o amor-próprio, a autoconfiança, o livre-arbítrio e a identidade individual da mesma), grupal (gerar oportunidades de inclusão; formar relações entre a pessoa idosa e o seu meio ambiente) e comunitária (compreender as competências e potencialidades da comunidade; promover o associativismo) (García & Jiménez, 2003).

García e Jiménez (2003) especificam que o objeto de intervenção do Serviço Social no envelhecimento é a pessoa idosa – que, em interação com um meio concreto, vive uma certa situação como necessidade ou como desejo de a aprimorar –, por forma a desenvolver a sua funcionalidade social, colaborando na alteração da situação e das condições que a criaram. A este respeito, a dignidade humana constitui o referencial central da intervenção do Serviço Social junto das pessoas idosas, ao distinguir o seu valor enquanto indivíduo, embora, também se deva ter em especial atenção os princípios da autonomia e responsabilidade individual, da integridade, do consentimento informado e da proteção da sua vida privada (Ribeirinho, 2013).

A intervenção do profissional de Serviço Social pode ser realizada de duas formas, direta ou indiretamente (Robertis, 2011). A intervenção direta acontece de modo presencial, frente a frente, entre o assistente social e a pessoa idosa (Robertis, 2011),



podendo subdividir-se em quatro tipos de funções: preventivas, que visam a criação de melhores condições; promocionais, que se procedem para encontrar e desenvolver as habilidades do mais velho para precaver ou converter as condições que formam a sua problemática social; assistenciais, que possibilitam ao assistente social trabalhar tanto com a pessoa idosa, como também a sua família; e, reabilitadoras, que objetivam a promoção da (re)integração das pessoas idosas (García & Jiménez, 2003). Por sua vez, a intervenção indireta enquadra ações que ocorrem na ausência da pessoa idosa, inclusive o trabalho que o assistente social efetua na estruturação e otimização de meios, no planeamento e na apreciação da intervenção, tendo em vista a prossecução dos objetivos. Todo este trabalho abrange a preparação e o preenchimento dos instrumentos de trabalho do profissional de Serviço Social, nomeadamente: o processo da pessoa idosa, os relatórios e avaliação social, o plano de intervenção e os registos de entrevistas, e, as visitas domiciliárias e/ou reuniões (Robertis, 2011).

Neste seguimento, García (2003) defende que a intervenção do profissional de Serviço Social se realiza através de um processo constante, coeso, racional, versátil, eficiente, analítico e dialético, que se desenvolve por etapas – conhecimento da realidade social (pesquisa de problemas), diagnóstico social (interpretação da realidade), planificação (designação de estratégias), execução (ação profissional nas problemáticas identificadas) e avaliação (estudo e verificação dos resultados adquiridos) – interligadas.

Em conformidade com Ornelas e Vilar (2011), torna-se fundamental entender a pessoa idosa como um elemento individual e como um elemento coletivo, para tal, o assistente social deve conhecer o percurso de vida da pessoa idosa, de maneira a estar atento às falhas e continuidades presentes, aferindo se estas acarretam repercussões ou não na vida da mesma. Neste sentido, surge a perspetiva sistémica, na qual a pessoa idosa é assumida como um sistema que se relaciona com os demais sistemas, e o assistente social tem como função perceber quais os sistemas que a rodeiam, assim como a convivência existente entre eles (Coelho, 2018), contudo, a alteração de um dos sistemas provoca modificações nos restantes, pelo que o assistente social terá que elencar estratégias de intervenção no sistema preferencial. De outro modo, também se defende que o Serviço Social na área do envelhecimento deverá desenvolver estratégias de colaboração e de sociabilização, de contribuição e estruturação de cuidados sociais e de

ambientes favoráveis à independência e autonomia das pessoas idosas (Ornelas & Vilar, 2011), o que pressupõe integrar a família nas suas estratégias de intervenção.

#### **4.2. As famílias em contexto de institucionalização da pessoa idosa: desafios para o Serviço Social**

O Serviço Social possui, um papel essencial no contexto institucional de pessoas idosas, isto é, em contexto gerontológico, na medida em que estabelece o primeiro contacto com a pessoa idosa na sua análise geral, faculta um encaminhamento e acolhimento individualizado através do conhecimento e orientação sobre o funcionamento da instituição, e, concebe e estimula um conjunto de atividades e espaços apropriados a cada pessoa idosa (Ornelas & Vilar, 2011). A este respeito, Ribeirinho (2013) refere que a intervenção do Serviço Social nestes ambientes passa por providenciar a integração da pessoa idosa no meio envolvente da instituição, a nível social e pessoal, como por fomentar os vínculos existentes que estes mantinham antes da sua institucionalização. Em concreto, compete ao Serviço Social, a apreciação global do residente; a promoção da sua integração na vida e nas atividades da instituição; a prestação de apoio social; o apoio na adaptação à instituição; a certificação de que os residentes se encontram informados acerca dos seus direitos e recursos sociais; a preservação e promoção da relação do residente com o seu meio familiar, grupal e comunitário; e, a prevenção e intervenção no aparecimento de conflitos interpessoais na instituição. Para que estes objetivos sejam alcançados, o assistente social deverá procurar propiciar o conhecimento geral sobre a instituição, efetuar as diligências administrativas e burocráticas que os residentes precisem e não conseguem realizar, manter o contacto com os familiares do residente, precaver e intervir em conflitos, participar no planeamento das atividades de animação, ocupação e lazer, tal como incorporar a equipa multidisciplinar da instituição (Ribeirinho, 2013).

Santiago (2003), por seu lado, classifica as múltiplas funções do assistente social, em contexto institucional, como sendo preventivas (articular a integração da pessoa idosa), socioeducativas (promover as capacidades e aptidões pessoais da pessoa idosa), assistenciais (responder às carências sociais da pessoa idosa), planificadoras (programar projetos de intervenção na instituição) e, organizadoras e coordenadoras (participar no

desenvolvimento de projetos institucionais). Interessa enfatizar, tal como Ribeirinho (2013) realça, que todas estas funções que o profissional de Serviço Social exerce, podem ser realizadas a nível individual – e.g., acompanhamento do processo de integração da pessoa idosa na instituição –, familiar – e.g., promoção da relação entre a pessoa idosa e sua família – e grupal – e.g., criação de grupos de pessoas idosas de modo a beneficiar a sua integração –, o que significa que o assistente social realiza a sua intervenção não só com as pessoas idosas, individualmente, como com as suas famílias e com os grupos de residentes.

Por entre as funções supramencionadas, e como sugere o GCPAS (2005), o assistente social pode exercer a sua ação, ajudando as pessoas idosas a participar em atividades promovidas pela instituição, estimulando a comunicação – um aspeto fulcral na vida de qualquer instituição, tendo em consideração as capacidades de expressividade de cada pessoa idosa, criando instrumentos que promovam uma boa comunicação a dois –, assim como auxiliar as pessoas idosas nas relações sociais, estimulando e organizando visitas da família e dos amigos, ou então, nos casos mais complicados, propiciar contacto à distância através de cartas, e-mails, fotografias, telefonemas e vídeos. Para tal, é importante que o assistente social tenha sempre uma abordagem positiva para com as pessoas idosas, em qualquer que seja a circunstância, encorajando-as a praticar os seus direitos, a serem independentes e responsáveis por si mesmas e a tomar as suas próprias escolhas, tornando-se substancial respeitá-las, ouvi-las, zelá-las, excluindo todos os comportamentos que remetam para a sua discriminação. O profissional de Serviço Social deve sempre ponderar os seus comportamentos, ideias e valores que possam afetar a maneira como se relaciona e como desempenha o seu trabalho (GCPAS, 2005).

Numa perspetiva familiar, Walsh (1995, como citado em Falcão, 2016) argumenta que as respostas familiares face ao envelhecimento da pessoa idosa divergem consoante as relações estabelecidas anteriormente à institucionalização deste. Porém, torna-se categórico que a pessoa idosa institucionalizada sinta que não foi abandonada e esquecida pela sua família, assim, Pérez (2005, como citado em Molero et al., 2011) categorizou três opções para que a comunicação permaneça entre a pessoa idosa e a sua família, evidenciando as ligações via telefone ou via internet, as visitas em contexto de estrutura residencial, assim como as saídas da instituição (e.g., passeios) com a sua família. É neste sentido, que a intervenção do assistente social se torna fundamental nesta etapa de vida

dos mais velhos, devendo gerar opções conforme as situações vivenciadas, considerando sempre a manutenção dos vínculos familiares (Pimentel, 2009).

Com efeito, no decorrer do processo de institucionalização da pessoa idosa, o assistente social assume o papel de mediador, especialmente, na relação entre a pessoa idosa institucionalizada e a sua família, dado que é deveras importante que a família participe neste processo. Ser mediador pressupõe emancipação técnica, uma posição aberta, uma habilidade de comunicação e ação e um conhecimento acrescido que implica formação qualificada, sendo o principal instrumento de trabalho do assistente social, possibilitando a criação de empatia com os mais velhos e os familiares (Casqueira, 2016). Neste caso, o assistente social deve promover a relação entre a família e a instituição, avaliar a possibilidade da pessoa idosa passar um fim-de-semana ou umas mini férias com a família e dar a conhecer a instituição, inclusive as áreas que a pessoa idosa frequenta, à família (Casqueira, 2016), mostrando-se o profissional de Serviço Social, um elo de ligação entre a instituição, a pessoa idosa e a sua respetiva família, visto que atua no sentido de facilitar a aproximação entre sistema, instituição e família. À vista disso, Ribeirinho (2013) acrescenta algumas funções do exercício profissional do assistente social a nível familiar, designadamente: realização de entrevistas à família da pessoa idosa institucionalizada, análise das características sociais dos familiares, estimular a participação das famílias na vida da pessoa idosa no interior da instituição, precaver e interceder em situações de conflito familiares e prestar apoio psicossocial à família em situação de falecimento da pessoa idosa.

No entanto, nem sempre o suporte familiar está presente no processo de institucionalização da pessoa idosa, sendo esse um dos fatores que o assistente social deve ter em conta. Segundo Pimentel (2009), estes profissionais devem tentar entender quais os fatores e os motivos que dão origem à falta de envolvimento da rede familiar, para numa fase posterior tentarem incitar uma participação mais dinâmica da família no quadro residencial. De um modo mais específico, o assistente social deve primeiramente conhecer, de forma profunda, a família da pessoa idosa institucionalizada, a fim de reconhecer os potenciais problemas que enfrentam, tal como as razões de resistência ao seu envolvimento e o interesse que conferem ao mesmo (Pimentel, 2009). Interpreta-se que, na maior parte dos casos, os familiares de pessoas idosas institucionalizadas não se afastam porque querem, mas sim porque se defrontam com problemas em conciliar os

requisitos e os pedidos presentes em todas as áreas em que se mobilizam (Pimentel, 2009). De igual modo, também é essencial conhecer a pessoa idosa e toda a sua trajetória de vida, de maneira a que o assistente social consiga compreender a relevância da família na vida da mesma, clarificando os “contornos das interações, as cumplicidades e os possíveis focos de conflitualidade”, bem como deter um conhecimento evidente da instituição e de todas as condições que podem favorecer ou deteriorar o envolvimento familiar (Pimentel, 2009, p. 247).

Posto isto, a intervenção do profissional de Serviço Social desenvolve-se através de determinadas estratégias, com o objetivo de “prevenir processos de desvinculação e de reconstruir/restabelecer vínculos sociais” (Pimentel, 2009, p. 247). Uma das estratégias passa pela informação e sensibilização no que diz respeito à repercussão que a institucionalização de uma pessoa idosa pode suscitar ao nível do bem-estar psicológico e emocional. Existem também as estratégias de negociação, que possibilitam circunscrever categorias, facilitando a articulação entre a família da pessoa idosa institucionalizada e a estrutura residencial onde se insere. Outra estratégia é a de sedução, da qual é possível relembrar à família a sua importância na vida da pessoa idosa, informando que a instituição se encontra receptiva à sua comparência. Ainda existem as estratégias de facilitação, com a finalidade de providenciar a presença dos familiares na instituição através da composição de momentos que consintam a estas um ambiente agradável. Por fim, as estratégias de confrontação, que se manifestam com o propósito de advertir a família sobre o efeito da sua ausência na vida da pessoa idosa institucionalizada (Pimentel, 2009).

Todas estas estratégias aludem para a importância das relações familiares na vida da pessoa idosa institucionalizada, traduzindo-se num apoio imprescindível no processo institucional e na adaptação da pessoa idosa. Secchi (2008, como citado em Carneiro, 2012) refere que promover e incentivar a integração da família no meio institucional, explicar à família a importância frequente das visitas, tal como a sua colaboração em acontecimentos da instituição, são aspetos fulcrais tanto para o bem-estar das pessoas idosas como para a própria família, permitindo mesmo reatar os laços familiares. Logo, não obstante, a eficiência da instituição e dos profissionais que nela exercem, o lugar dos familiares continua a ocupar um lugar de destaque, sendo necessário perpetuar um contacto cordial com a família das pessoas idosas institucionalizadas (Casqueira, 2016).

## **II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA E CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO**

### **1.1. Definição do problema de pesquisa e dos objetivos de investigação**

Qualquer processo de investigação começa com uma inquietude, um problema teórico/prático, acerca de um determinado assunto sobre o qual é fundamental obter um melhor conhecimento (Fortin, 2003; Marconi & Lakatos, 2003). Assim, a constatação de que as sociedades, sobretudo as desenvolvidas (por entre as quais, a sociedade portuguesa), tendem para um crescente envelhecimento (Luz, et al., 2021), o qual impossibilita frequentemente as pessoas idosas de permanecerem no seu ambiente natural de vida e as conduz, em muitos casos, para contextos de institucionalização, representando esta, uma drástica e significativa mudança na vida dos mais velhos, mas que a proximidade com a família e a intervenção do Serviço Social pode facilitar, constituindo o foco da presente investigação e inerente questão de partida, definida nos seguintes termos:

Qual o papel do Serviço Social na promoção do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em contexto de estrutura residencial?

Com base na questão supracitada, foram definidos os objetivos do estudo, traduzindo estes, orientação que foi imprimida à investigação. Conforme Fortin (2003) esclarece, os objetivos de um estudo apresentam, de forma concreta, o que o/a investigador/a pretende atingir, de modo a obter resultados para a sua questão de investigação, podendo ser repartidos em dois níveis, i.e., geral e específicos. O objetivo geral define-se como o principal propósito de um projeto, correspondendo ao resultado final que o projeto pretende alcançar. Por sua vez, os objetivos específicos desconstruem o objetivo geral, permitindo alcançá-lo (Sousa & Baptista, 2011).

Deste modo, e tendo em conta a questão que orienta o presente estudo, os objetivos gerais pretenderam:

1. Compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas;

2. Compreender as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada.

Para a prossecução dos objetivos gerais apresentados, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra;
2. Compreender as razões associadas à institucionalização das pessoas idosas;
3. Percecionar a importância da manutenção da relação pessoa idosa - família em instituição;
4. Percecionar os níveis de envolvimento da família no processo conducente à institucionalização das pessoas idosas;
5. Analisar momentos e/ou dinâmicas que convocam a relação da pessoa idosa com a família na instituição;
6. Analisar estratégias profissionais desencadeadas para facilitar a relação da pessoa idosa com a família;
7. Compreender os constrangimentos da ação profissional no quadro da promoção da relação, pessoa idosa e família;
8. Elencar dinâmicas capazes de potenciar o envolvimento das pessoas idosas com a família no quadro residencial.

## **1.2. Opções e procedimentos metodológicos**

### **1.2.1. Metodologia e método de pesquisa**

A metodologia define a trajetória da pesquisa científica, especificando os métodos a serem seguidos na realização da mesma (Goldenberg, 2004), incluindo simultaneamente as concepções teóricas e metodológicas – metodologia e método de pesquisa, universo e amostra, técnica de recolha de dados e metodologia de análise de dados.

Fortin (2003) refere que as diversas decisões metodológicas são fundamentais para garantir a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação. Atendendo à revisão de literatura e aos objetivos a que se propôs este estudo, optou-se por uma



metodologia de natureza qualitativa, assente numa abordagem interpretativa. As investigações qualitativas beneficiam, sobretudo, a compreensão dos problemas decorrentes da perspetiva dos sujeitos da investigação, das interações e perceções tidas sobre o significado atribuído às ações, nas quais os mesmos envolvem, com o intuito de perceber a abrangência, i.e., a totalidade dos fenómenos referente aos contextos onde estes se integram (Carmo & Ferreira, 2008; Coutinho, 2015). Também Malhotra (2004) sublinha que, a pesquisa qualitativa consiste numa metodologia de pesquisa fracamente estruturada, que se baseia em pequenas amostras, proporcionando diversas perceções do contexto do problema, tendo lugar quando se pretende alcançar um amplo entendimento sobre o fenómeno em estudo.

A escolha pela metodologia qualitativa seguida neste estudo justificou-se pela visão aprofundada que se pretendeu obter, por um lado, sobre o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em ERPI e, por outro, sobre as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada. Deste modo, o estudo qualitativo prosseguido assumiu um carácter exploratório, atendendo à sua intencionalidade em clarificar e desenvolver ideias e conceitos relacionados com os fenómenos em estudo (Fortin, 2003). Concretamente, a necessidade de esclarecer conceitos, relacionados com as razões de institucionalização, níveis de envolvimento da família, estratégias profissionais promotoras da relação pessoa idosa - família, entre outros, configurou a natureza, também exploratória do estudo.

### **1.2.2. Universo e amostra**

O universo da presente investigação abarca todas as ERPI do concelho de Vale de Cambra e de Oliveira de Azeméis, – os quais se concebem como espaços territoriais envelhecidos, – sendo que, de acordo com os Censos de 2021, o concelho de Vale de Cambra possui como índice de envelhecimento 264,5 idosos por cada 100 jovens e o concelho de Oliveira de Azeméis 198,8 idosos por cada 100 jovens, significando tal, que o índice de envelhecimento dos respetivos concelhos é significativamente superior ao índice de envelhecimento nacional (182,7 idosos por cada 100 jovens) (INE, 2021b) – e inerentes profissionais de Serviço Social, pessoas idosas institucionalizadas e seus familiares, traduzindo estes a população-alvo do estudo, i.e., o conjunto de elementos ou

de indivíduos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2003). Neste âmbito e em termos de amostra, o estudo abrangeu a partir de quatro estruturas residenciais, três grupos de participantes, designadamente, assistentes sociais que intervêm junto de pessoas idosas institucionalizadas, assim como pessoas idosas que residem em ERPI e seus familiares (com quem mantêm proximidade).

Quanto ao tipo de amostragem selecionado, optou-se pela amostragem não probabilística, a qual “tem como base, critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 197). Por entre os diferentes tipos de amostragem não probabilística, o estudo privilegiou a amostra de cariz intencional e de conveniência, a qual atribui ao/à investigador/a a tarefa de escolha dos elementos que correspondem aos critérios definidos.

Neste sentido, definiram-se como critérios de inclusão das ERPI e participantes no estudo, os seguintes:

#### ERPI

- Período de constituição de cinco ou mais anos;
- Enquadramento de profissionais de Serviço Social na equipa técnica;
- Concessão de autorização para realização do estudo e auscultação dos participantes.

#### Assistentes Sociais

- Inserção nas equipas técnicas da ERPI;
- Licenciatura em Serviço Social;
- Experiência profissional de pelo menos três anos em contexto de ERPI;
- Termo de aceitação de participação no estudo de livre e espontânea vontade.

#### Idosos institucionalizados em ERPI

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Residência na ERPI há três ou mais anos;
- Entrada na instituição no máximo até cinco anos;
- Manutenção de relacionamento com a família, ainda que em instituição;
- Apresentação de condições de saúde (a nível físico e cognitivo) que permita a participação no estudo;

- Termo de aceitação de participação no estudo de livre e espontânea vontade.

A reunião dos/as participantes idosos/as será apoiada em termos de indicação, atentos os critérios de inclusão, por parte dos profissionais de Serviço Social.

#### Famíliares de pessoas idosas institucionalizados

- Participação no processo de institucionalização do idoso;
- Manutenção de contactos/proximidade com a instituição e o idoso;
- Termo de aceitação de participação no estudo de livre e espontânea vontade.

A reunião dos/as participantes familiares será apoiada em termos de indicação, atentos os critérios de inclusão, por parte dos profissionais de Serviço Social.

Na sua globalidade, a amostra do estudo abrangeu quatro ERPI e 20 participantes, dos/as quais, quatro assistentes sociais, oito pessoas idosas institucionalizadas e oito familiares.

### **1.2.3. Técnicas de recolha de dados**

A recolha de dados é uma etapa da investigação empírica que envolve a escolha de técnicas de recolha e tratamento da informação adequadas, tendo como referência a problemática e objetivos da investigação. Os instrumentos de recolha de dados constituem-se como elementos cruciais para a obtenção de dados de qualidade que permitam uma análise competente e eficaz, a qual se traduzirá em produtos íntegros e válidos (Quivy & Campenhoudt, 2013). A respeito disso, perante a utilização de uma metodologia que considera a recolha de dados qualitativos, deve ter-se em conta a aplicação de técnicas capazes de compreender as peculiaridades dos fenómenos em estudo e de facultar informação tão pormenorizada quanto possível.

No presente estudo, numa primeira fase foi utilizada a pesquisa bibliográfica e documental, através da leitura, análise e sistematização de material teórico de referência alusivo à problemática do estudo (e.g., livros, dissertações, artigos científicos).

Num segundo momento e de modo a compreender as vivências e perceções dos/as assistentes sociais, das pessoas idosas institucionalizadas e das famílias, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, contemplando perguntas abertas e fechadas. Esta opção prendeu-se com o facto de se considerar que este tipo de técnica promove uma

orientação/abordagem ao terreno mais aberta, intensa e flexível, permitindo reunir informações sobre sentimentos, ideias, comportamentos, preferências e expectativas dos/as participantes (Quivy & Campenhoudt, 2013). Segundo Quivy e Campenhoudt (2013), nas entrevistas semiestruturadas, o/a investigador/a desfruta de um conjunto de perguntas-guias, nomeadamente, abertas, a desígnio das quais é categórico receber uma informação da parte do/a entrevistado/a. Francisco (2011) menciona ainda que, na entrevista semiestruturada, o/a entrevistador/a geralmente possui conhecimento acerca dos temas que vai recolher informação, todavia, a ordem e a forma como vai questionar é do seu livre-arbítrio.

Neste sentido, foram elaborados três guiões de entrevista, abrangendo aspetos relacionados com a temática em estudo. A entrevista aplicada aos assistentes sociais (Apêndice 1) estruturou-se em seis eixos analíticos, a saber: caracterização do/a assistente social; caracterização da instituição de enquadramento e elementos relativos à ERPI; caracterização geral das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI; razões inerentes à entrada na instituição; processo de institucionalização, “vivência” institucional e família; e, intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família. Por sua vez, a entrevista aplicada aos idosos institucionalizados (Apêndice 2) enquadróu 4 eixos analíticos, nomeadamente: caracterização da pessoa idosa institucionalizada; razões inerentes à entrada na instituição; processo de institucionalização, “vivência” institucional e família; e, intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família. E, a entrevista aplicada aos familiares (Apêndice 3) compôs-se em 4 eixos analíticos, sendo estas: caracterização do/a familiar da pessoa idosa institucionalizada; razões inerentes à entrada na instituição; processo de institucionalização, “vivência” institucional e família; e, intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família.

Do ponto de vista operacional, em etapa anterior à realização das entrevistas, foi estabelecido contacto, primeiramente, informal (via telefone) e, posteriormente, formal (por e-mail), visando obter a anuência para a participação no estudo. Deste modo, foi apresentado um pedido de autorização a cada entidade enquadradora da ERPI (Apêndice 4), tendo todas as entrevistas aos participantes sido precedidas de um consentimento informado (Apêndice 5, 6 e 7), assegurando o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, e solicitando a gravação dos depoimentos para inscrição nesta dissertação e

inerentes trabalhos científicos. As entrevistas decorreram entre abril e maio do ano corrente, tendo sido realizadas presencialmente nas instalações das ERPI, gravadas em áudio e, de seguida, transcritas, por forma a serem submetidas a análise de conteúdo.

#### **1.2.4. Metodologia de análise de dados**

A abordagem privilegiada na presente investigação para proceder ao tratamento dos dados qualitativos recolhidos foi a análise de conteúdo, a qual permite detalhar a mensagem de uma comunicação escrita, oral ou visual, tendo como objetivo analisar, categorizar e organizar a informação obtida, através dos processos comunicacionais com os/as participantes (Bardin, 2016). Por referência à comunicação escrita e tal como Coutinho (2015) refere, a análise de conteúdo permite “analisar de forma sistemática um corpo de material textual” (p. 217), possuindo uma dimensão descritiva que visa dar conta do que foi narrado e, uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do/a pesquisador/a face a um objeto de estudo (Guerra, 2006).

Em termos de processo, a análise de conteúdo incorpora três fases: a pré-análise, onde se restringe o corpus de análise, a exploração do material, categorização e construção das categorias temáticas, e, o tratamento dos resultados (Bardin, 2016; Coutinho, 2015; Vala, 1990).

A pré-análise corresponde à organização do material, concretizando uma leitura oscilante, de forma a entender os documentos estudados, traduzindo o momento de equacionar as questões norteadoras e elaborar indicadores que suportem a interpretação final (Bardin, 2016; Coutinho, 2015). Neste âmbito, o corpus de análise enquadra os documentos que serão analisados e posteriormente submetido a “recorte”, i.e., a escolha dos fragmentos do texto que serão analisados (Vala, 1990).

A exploração do material é a fase mais densa, envolvendo a escolha das unidades de análise, as regras de contagem, com o intuito de se avançar para a categorização dos dados. De acordo com Bardin (2016), a categorização designa-se como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (p. 75). No estudo, a categorização permite sistematizar os

conteúdos de maneira a constituir o seu conteúdo e desígnio em cada entrevista concretizada, tendo em vista a compreensão dos objetivos da investigação, originando a construção de subcategorias (Vala, 1990).

Neste seguimento, Vala (1990) explica que a interpretação implícita à análise de conteúdo beneficia de três tipos de unidade: de registo, de contexto e de enumeração. A unidade de registo é um “segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria”, já a unidade de contexto considera-se um “segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo”, e por último, a unidade de enumeração caracteriza-se como “a unidade em função da qual se procede à quantificação” (Vala, 1990, p. 114).

Após determinadas as categorias e as subcategorias, procede-se ao tratamento dos resultados, em que se confronta os dados adquiridos e a fundamentação teórica (Bardin, 2016; Coutinho, 2015). De salientar que, a metodologia de análise de conteúdo possibilita uma análise assente em categorias pré-definidas, i.e., concebidas a partir da teoria (Vala, 1990), estratégia esta que foi prosseguida no processo de categorização deste estudo.

Neste seguimento, procedeu-se à elaboração de uma grelha de análise de conteúdo (Apêndice 8) para categorizar a informação recolhida junto dos/as participantes (i.e., assistentes sociais, pessoas idosas institucionalizadas, familiares de pessoas idosas institucionalizadas), alocando-a às três categorias de análise elencadas *a priori*, nomeadamente: 1) razões inerentes à entrada na instituição; 2) processo de institucionalização, “vivência” institucional e família; e 3) intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família. Em jeito de sistematização, apresentam-se abaixo (Tabela 2) as categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo efetuada.

**Tabela 2**

*Categorias e subcategorias da análise de conteúdo*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Razões inerentes à entrada na Instituição</b>	Principais razões para a institucionalização
	Relação entre as razões para a institucionalização e a rede familiar
	Iniciativa pela institucionalização
	Consensualidade VS conflitualidade
	Influência na relação pessoa idosa - família

<b>Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família</b>	Preparação da família no processo que antecede a institucionalização
	Envolvimento familiar durante a transição para a Instituição
	Acompanhamento da família aquando o ingresso na instituição
	Importância do papel da família na vivência das pessoas idosas em Instituição
	Contactos realizados pela família com a instituição
	Dinâmicas organizacionais que suscitam o envolvimento da família
<b>Intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família</b>	Satisfação da pessoa idosa com o envolvimento da sua família
	Princípios/valores que orientam a intervenção junto das pessoas idosas
	Práticas interventivas desenvolvidas junto das famílias
	Formas para fortalecer a relação pessoa idosa - família
	Dificuldades na promoção da relação pessoa idosa - família

De forma a referenciar as instituições de enquadramento, assim como os/as respetivos/as participantes, foi utilizada codificação de acordo com a informação constante da Tabela 3.

**Tabela 3**

*Codificação*

IPSS	ERPI	Participantes		
		Assistentes Sociais	Pessoas Idosas Institucionalizadas	Familiares de pessoas idosas institucionalizadas
IPSS1	ERPI1	Assistente Social1 =	Pessoa Idosa1 = PI1	Familiar1 = F1
		AS1	Pessoa Idosa2 = PI2	Familiar2 = F2
IPSS2	ERPI2	Assistente Social2 =	Pessoa Idosa3 = PI3	Familiar3 = F3
		AS2	Pessoa Idosa4 = PI4	Familiar4 = F4
IPSS3	ERPI3	Assistente Social3 =	Pessoa Idosa5 = PI5	Familiar5 = F5
		AS3	Pessoa Idosa6 = PI6	Familiar6 = F6
IPSS4	ERPI4	Assistente Social4 =	Pessoa Idosa7 = PI7	Familiar7 = F7
		AS4	Pessoa Idosa8 = PI8	Familiar8 = F8

## CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

### 2.1. Caracterização das Instituições Particulares de Solidariedade Social e respetivas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Nesta parte do estudo apresenta-se a caracterização das IPSS e respetivas ERPI, bem como das pessoas idosas institucionalizadas que nestas residem, tendo por base as informações transmitidas pelos/as assistentes sociais (Apêndice 9). Na íntegra e quanto à sua natureza jurídica, 50% das IPSS estudadas são Associações, assumindo as restantes 50%, a natureza jurídica de Misericórdias.

Concretamente, a **IPSS1** é uma Associação de Solidariedade Social, que remonta aos anos 90 (século XX), possuindo como abrangência geográfica de atuação o nível local. Esta instituição integra um conjunto de respostas sociais, tais como, a ERPI1, o SAD e o centro de dia, contando com 23 colaboradores efetivos. A **ERPI1** surgiu na década de 90, possui capacidade para 20 utentes e conta com 23 colaboradores a nível de recursos humanos. A constituição das equipas (técnica e não técnica) abrange profissionais como: assistente social, animadora sociocultural, enfermeira, ajudantes de lar, cozinheira e ajudantes de cozinha. Do leque de serviços disponibilizados salientam-se: alimentação, limpeza e higienização, cuidados de higiene e conforto, lavandaria, serviços de enfermagem e saúde, acompanhamento e administração de medicamentos e consultas, e, animação sociocultural.

As **pessoas idosas institucionalizadas da ERPI1** são, na sua maioria, do género feminino (16 mulheres; 4 homens), com variação de idades entre 59 a 96 anos. Ao nível da caracterização do grau de dependência, dois/duas utentes são autónomos/as, cinco são parcialmente dependentes, cinco dependentes e oito, grandes dependentes. Quanto à rede de suporte familiar, de um modo geral, os principais familiares que mantêm uma maior proximidade com os/as utentes são os/as filhos/as, comparecendo às visitas, aproximadamente, uma vez por semana.

A **IPSS2** é uma Associação de Solidariedade Social, que remonta aos anos 90 (século XX), possuindo como abrangência geográfica de atuação o nível local. Esta instituição integra um conjunto de respostas sociais, tais como, a ERPI2, o SAD, o centro de dia e o serviço de apoio à família e comunidade, contando com 29 colaboradores



efetivos. A **ERPI2** surgiu na primeira década do século XIX, possui capacidade para 20 utentes e conta com 11 colaboradores a nível de recursos humanos. A constituição das equipas (técnica e não técnica) abrange profissionais como: assistente social, administrativa, encarregada de ERPI, animadora sociocultural, ajudantes de ação direta, cozinheira e ajudantes de cozinha. Do leque de serviços disponibilizados salientam-se: cuidados 24h por dia, higiene pessoal, cuidados de enfermagem e médicos, fisioterapia, apoio psicossocial, acompanhamento a consultas e animação sociocultural.

As **peças idosas institucionalizadas da ERPI2** são, na sua maioria, do género feminino (11 mulheres; 9 homens), com variação de idades entre 67 a 93 anos. Ao nível da caracterização do grau de dependência, quatro utentes são autónomos/as, seis são parcialmente dependentes, sete dependentes e três, grandes dependentes. Quanto à rede de suporte familiar, de um modo geral, os principais familiares que mantêm uma maior proximidade com os/as utentes são os/as filhos/as, comparecendo às visitas, aproximadamente, uma vez por semana.

A **IPSS3** é uma Misericórdia, que remonta aos anos 50 (século XX), possuindo como abrangência geográfica de atuação o nível concelhio. Esta instituição integra um conjunto de respostas sociais, tais como, a ERPI3, o SAD, o centro de dia, o centro de convívio e o centro de acolhimento temporário, contando com 180 colaboradores efetivos. A **ERPI3** surgiu na década de 90, possui capacidade para 96 utentes e conta com 62 colaboradores a nível de recursos humanos. A constituição das equipas (técnica e não técnica) abrange profissionais como: assistente social, animadora sociocultural, fisioterapeuta, enfermeira, ajudante de lar, ajudante de limpeza, cozinheira e ajudantes de cozinha. Do leque de serviços disponibilizados salientam-se: internamento ERPI, internamento temporário, limpeza, cuidados de higiene, cuidados de enfermagem e médicos, fisioterapia e animação sociocultural.

As **peças idosas institucionalizadas da ERPI3** são, na sua maioria, do género feminino (78 mulheres; 18 homens), com variação de idades entre 50 a 100 anos. Ao nível da caracterização do grau de dependência, oito utentes são autónomos/as, 15 são parcialmente dependentes, 65 dependentes e nove, grandes dependentes. Quanto à rede de suporte familiar, de um modo geral, os principais familiares que mantêm uma maior proximidade com os/as utentes são os/as filhos/as, comparecendo às visitas, aproximadamente, três vezes por semana.

A **IPSS4** é uma Misericórdia, que remonta aos anos de 1890 (século XIX), possuindo como abrangência geográfica de atuação o nível concelhio. Esta instituição integra um conjunto de respostas sociais, tais como, a ERPI4, o SAD, o centro de dia, a creche, o pré-escolar e uma equipa de intervenção, contando com 150 colaboradores efetivos. A **ERPI4** surgiu na década de 60, possui capacidade para 80 utentes e conta com 60 colaboradores a nível de recursos humanos. A constituição das equipas (técnica e não técnica) abrange profissionais como: assistente social, encarregada de serviço geral, ajudantes de lar, trabalhadoras de serviços gerais, cozinheira, ajudantes de cozinha e trabalhador de manutenção. Do leque de serviços disponibilizados salientam-se: alimentação, cuidados de higiene pessoal, lavandaria, cuidados de enfermagem e saúde, administração de fármacos, apoio no desempenho das atividades da vida diária e atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais.

As **pessoas idosas institucionalizadas da ERPI4** são, na sua maioria, do género feminino (55 mulheres; 25 homens), com variação de idades entre 65 a 100 anos. Ao nível da caracterização do grau de dependência, dez utentes são autónomos/as, 20 são parcialmente dependentes, 42 dependentes e oito, grandes dependentes. Quanto à rede de suporte familiar, de um modo geral, os principais familiares que mantêm uma maior proximidade com os/as utentes são os/as filhos/as, comparecendo às visitas, aproximadamente, uma vez por semana.

## **2.2. Caracterização dos/as participantes**

Procede-se, neste ponto, à apresentação dos dados de caracterização dos/as participantes no estudo (Apêndice 10), nomeadamente, assistentes sociais, pessoas idosas institucionalizadas e familiares de pessoas idosas institucionalizadas.

### **2.2.1. Caracterização dos/as assistentes sociais**

A caracterização dos/as assistentes sociais (**AS1, AS2, AS3 e AS4**) realizou-se a partir de um conjunto de indicadores de natureza sociodemográfica, a saber: género,

idade, habilitações literárias, anos de exercício da profissão, tempo de serviço na atual instituição e tempo de serviço na função/cargo atual.

Neste âmbito, os/as profissionais auscultados/as são predominantemente do género feminino (3 mulheres; 1 homem), tendo idades compreendidas entre os 41 e os 58 anos. Todos os/as participantes possuem habilitações literárias ao nível do ensino superior, nomeadamente, Licenciatura em Serviço Social e/ou Mestrado em Serviço Social, ocupando a função/cargo de assistente social há cerca de 19 anos (8 anos/tempo mínimo; 32 anos/tempo máximo) e de Diretor/a Técnico/a há cerca de 17 anos (6 anos/tempo mínimo; 32 anos/tempo máximo). Adicionalmente, salienta-se que os/as assistentes sociais auscultados/as apresentam uma média de 20 anos (10 anos/tempo mínimo; 32 anos/tempo máximo) de exercício da profissão.

### **2.2.2. Caracterização das pessoas idosas institucionalizadas**

A caracterização das pessoas idosas institucionalizadas (**PI1, PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI7 e PI8**) realizou-se segundo um conjunto de indicadores de natureza sociodemográfica, a saber: género, idade, estado civil, escolaridade, principal profissão exercida na vida ativa, tipologia de rendimento auferido, tempo de residência na instituição, situação de saúde, caracterização do agregado familiar antes da entrada para a ERPI e caracterização da rede familiar de proximidade.

De um modo geral, as oito pessoas idosas institucionalizadas pertencem ao género feminino (7 mulheres; 1 homem), tendo idades compreendidas entre os 71 e os 94 anos. Em relação ao estado civil, apenas uma pessoa idosa apresenta o estado civil de solteiro/a, sendo os/as restantes viúvos/as, constituindo a reforma o único rendimento auferido de todos/as os/as participantes. Quanto ao nível de escolaridade, duas pessoas idosas possuem o 4.º ano, três pessoas idosas possuem o 3.º ano e outras três são analfabetas. Relativamente à profissão exercida na vida ativa, prevalecem as atividades ligadas ao trabalho de campo (n=3) e ao trabalho doméstico (n=3), a par com outras profissões (e.g., gaspeadeira; talhante).

Entre todos/as os/as envolvidos/as, a média de tempo de residência na instituição é de, aproximadamente, quatro anos (3 anos/tempo mínimo; 5 anos/tempo máximo),

sendo que, embora manifestem alguns problemas de saúde a nível físico – diabetes, dores musculares, artroses, problemas de visão, de coluna e cardíacos, doença de Parkinson, constipação intestinal, reduzida mobilidade, falta de equilíbrio e próteses –, todos/as se encontram aptos/as a nível cognitivo.

No que se refere à caracterização do agregado familiar antes da entrada para a ERPI, as pessoas idosas viviam na maioria (n=7) sozinhas na sua residência, ainda que algumas (n=2) pernoitassem em casa dos/as filhos/as, sendo estes/estas, os/as seus/suas familiares diretos/as – rede familiar de proximidade – que realizam visitas regulares, normalmente, uma vez por semana e/ou saídas aos domingos e em épocas festivas.

### **2.2.3. Caracterização dos/as familiares de pessoas idosas institucionalizadas**

A caracterização dos/as familiares de pessoas idosas institucionalizadas (**F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7 e F8**) realizou-se segundo um conjunto de indicadores de natureza sociodemográfica, a saber: género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão atual, composição do agregado familiar, composição do agregado familiar anteriormente à entrada do familiar na instituição, tipo de parentesco/afinidade, proximidade que mantém com a pessoa idosa institucionalizada e periodicidade das visitas.

Da auscultação efetuada constatou-se, de um modo global, que os/as familiares das pessoas idosas institucionalizadas pertencem, maioritariamente, ao género feminino (6 mulheres; 2 homens), tendo idades compreendidas entre os 48 e os 81 anos. De todos/as os/as participantes, seis familiares apresentam o estado civil de casado/a e os restantes dois, de solteiro/a e divorciado/a. No âmbito das habilitações literárias, dois familiares detêm o nível de ensino superior de licenciatura, dois o 9.º ano, um o 6.º ano e três o 4.º ano. Relativamente à profissão dos/as familiares, três encontram-se aposentados, outros três praticam trabalho doméstico, e os demais, desempenham funções como ajudante de lar e professor/a.

Na generalidade, a composição do agregado familiar anteriormente à entrada do/a familiar idoso/a na instituição é idêntico à composição do agregado familiar vigente, i.e., com marido/mulher e filhos/as, porém, destaca-se que três dos/as familiares residiam também com a pessoa idosa. Todos/as os/as envolvidos/as possuem uma relação muito

próxima com a pessoa idosa institucionalizada, sendo, na sua maioria, filho/a da mesma, à exceção de dois familiares, que são, designadamente, irmão e nora.

Quanto à periodicidade das visitas, dois familiares visitam a pessoa idosa todos os dias e cinco familiares visitam uma vez por semana, dos/as quais, um/a proporciona idas a casa todos os domingos e outro/a providencia idas a casa apenas em épocas festivas.

### 2.3. Análise categorial

Tendo por base o processo de categorização decorrente da informação recolhida, procede-se, nesta parte do trabalho, à apresentação dos dados referentes à análise de conteúdo efetuada às entrevistas das pessoas participantes no estudo (i.e., assistentes sociais, pessoas idosas institucionalizadas e familiares) (Vd. Apêndice 8), distinguindo as categorias elencadas – “Razões inerentes à entrada na instituição”; “Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família” e “Intervenção profissional na relação pessoa idosa institucionalizada e família” – bem como as várias subcategorias relacionadas.

#### 2.3.1. Razões inerentes à entrada na instituição

Da categoria “Razões inerentes à entrada na instituição”, emergiram cinco subcategorias: principais razões para a institucionalização; relação entre as razões para a institucionalização e a rede familiar; iniciativa pela institucionalização; consensualidade versus conflitualidade e influência na relação pessoa idosa - família.

No que se refere à subcategoria **principais razões para a institucionalização** e inerentes unidades de registo, os participantes mencionam, na sua generalidade, razões que se relacionam com a deterioração do estado de saúde (n=9), o isolamento social e viver sozinho/a (n=9), os relacionamentos desfavoráveis no espaço doméstico (n=1) e a indisponibilidade de terceiros (n=1), de que são exemplo os seguintes relatos:

*“(...) perda de autonomia (...)” (AS1).*

*“(...) o aumento do grau de dependência” (AS3).*

*“(...) não tinha visão, sofre de miopia, está muito mal da visão (...)” (F1).*

*“(...) ele paralisou (...) tem dias que se lembra das coisas, tem outros que não se lembra de nada” (F4).*

*“(...) isolamento social por ausência dos familiares” (AS2).*

*“(...) eu praticamente não tinha vizinhos e lembrei-me que se me acontecesse alguma coisa não tinha socorro de ninguém” (PI3).*

*“Foi a minha situação de estar sozinha, depois de ter caído não podia estar sozinha e nem tinha casa de banho dentro de casa, era fora (...)” (PI6).*

*“Ela vivia só (...)” (F5).*

*“(...) eu não podia estar onde estava, porque era muito trabalho, tratavam-me (...) e chamavam-me nomes” (PI4).*

*“Foi a minha nora (...) ex-nora (...) não vim para aqui por estar doente, vim por causa dela” (PI8).*

Particularizando, a **relação entre as razões para a institucionalização e a rede familiar** constata que a mesma corresponde, no essencial, à indisponibilidade devido à profissão (n=7), aos problemas de saúde de alguns familiares (n=2) e à emigração ou migração (n=1):

*“(...) os filhos estarem ocupados com o trabalho, sem tempo para garantir o apoio necessário aos pais” (AS1).*

*“(...) algumas situações de pessoas que não querem dar trabalho aos filhos (...) cada vez as pessoas trabalham até mais tarde, não têm disponibilidade para cuidar dos pais” (AS3).*

*“(...) eu e a minha irmã trabalhamos as duas” (F7).*

*“(...) ele [pai] também precisa de ajuda e não conseguia cuidar da minha mãe (...) nós [família] não conseguíamos, não podíamos sair do nosso trabalho” (F3).*

*“O problema de visão tornou-o dependente de mim, precisava de mim para tudo e eu já tenho alguma idade e alguns problemas (...) não havia condições para o estado de saúde em que se encontrava” (F1).*

*“(...) a minha irmã com problemas de coração, eu com problemas de intestinos e ossos, a gente não podia estar sozinhas com ela em casa (...)” (F8).*

*“(...) por emigração ou migração” (AS2).*

Neste seguimento, verifica-se que a **iniciativa pela institucionalização** parte de familiares próximos (n=8), de utentes (n=5) e de familiares próximos e utentes (n=4):

*“Na maior parte são os familiares (...)” (AS1).*

*“(...) normalmente, parte da família” (AS3).*

*“Foi a minha ex-nora que decidiu (...)” (PI8).*

*“(...) foi a minha mulher, que é filha” (F5).*

*“A maior parte dos nossos utentes já eram utentes noutras respostas sociais, os quais mostravam na sua maioria interesse em integrar (...)” (AS2).*

*“Fui eu que escolhi vir para aqui (...)” (PI3).*

*“A iniciativa partiu dela (...)” (F2).*

*“Foram os filhos, foram todos (...) e eu também quis vir” (PI2).*

*“Fomos os dois [pessoa idosa e filho] (...)” (PI7).*

Acerca da existência de **consensualidade versus conflitualidade** inerente à opção pela institucionalização, os relatos indicam predominar uma relação consensual (n=10) entre a pessoa idosa e o/a seu/sua familiar:

*“A maior parte é decisão partilhada (...)” (AS3).*

*“A procura à ERPI por norma é consensual entre familiar e utentes (...)” (AS4).*

*“Foi tudo de acordo (...) o meu irmão aceitou logo, não houve nenhum problema” (F1).*

*“(...) a decisão foi unânime, toda a gente concordou” (F2).*

*“(...) ele aceitou logo, pois se ele não quisesse não o podia obrigar” (F4).*

*“(...) foi tudo da mesma opinião, ela nunca foi obrigada a nada” (F6).*

Quanto à **influência na relação pessoa idosa - família** devido ao facto das pessoas idosas estarem numa instituição, nota-se que, geralmente, prevalece a manutenção da relação (n=4), no entanto, também existe casos em que se assiste a uma melhoria da relação (n=2):

*“A nossa relação manteve-se, nem melhorou nem piorou, porque eles [filhos] são muito meus amigos” (PI2).*

*“Está igual, eles [filhos] vêm cá todos oito dias e às vezes vêm os netos” (PI3).*

*“Ficou igual, ele [filho] é preocupado e quando eu vim para aqui ele não queria muito (...)” (PI7).*

*“(...) ficou melhor, eu estou muito contente e eles também” (PI5).*

*“(...) o carinho que ele me dá e como fala para mim, acho que melhorou” (PI8).*

### **2.3.2. Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família**

Da categoria “Processo de institucionalização, “vivência institucional e família” emergiram seis subcategorias: preparação da família no processo que antecede a institucionalização; envolvimento familiar durante a transição para a instituição; importância do papel da família na vivência das pessoas idosas em instituição; contactos realizados pela família com a instituição; dinâmicas organizacionais que suscitam o envolvimento da família e satisfação da pessoa idosa com o envolvimento da sua família.

No âmbito da subcategoria **preparação da família no processo que antecede a institucionalização**, destaca-se o conhecimento derivado da familiaridade com o centro de dia e SAD (n=10), seguido da inexistência de preparação (n=3), obtenção de conhecimento prévio (n=3), obtenção de informação (n=3) e realização de visita institucional (n=3):

*“(...) eu já vinha do centro de dia, já conhecia e gostava” (PII).*

*“Os meus filhos vieram aqui comigo (...) eles não falaram comigo sobre a instituição porque eu já conhecia, já estava a comer daqui há uns poucos anos e a minha senhora andava aqui no centro de dia” (PI3).*

*“(...) ela já estava aqui dentro, já estava aqui durante o dia, conhecia isto melhor que nós (...)” (F2).*

*“Ela já conhecia, já andava no centro de dia (...)” (F6).*

*“Não, não houve (...)” (F7).*

*“(...) ela está demente (...)” (F8).*

*“Sim, pois isso teve de ser falado antes de ele vir para cá (...) ele não veio visitar por estar numa cadeira de rodas, mas eu visitei e já conhecia (...)” (F4).*

*“Exceto os utentes das vagas sociais, vieram com um conhecimento prévio de como funcionava a instituição (...) aos utentes que não vinham de nenhuma resposta social da instituição, tanto o idoso como a família têm acesso a toda a informação que consta no regulamento interno”(AS2).*

*“(...) num primeiro momento, a família dirige-se à instituição à procura de uma resposta (...) conhece o regulamento interno e determinados aspetos importantes*



*do idoso, faz-se um contrato de alojamento e prestação de serviços e uma visita pela instituição e pelo quarto” (AS1).*

*“(…) explicar o funcionamento, os serviços que nós temos, peço sempre que possível para trazerem o idoso também para conhecer, para se ir ambientando (…) eu tenho sempre esse cuidado de mostrar as instalações” (AS3).*

Em relação ao **envolvimento familiar durante a transição para a instituição**, de um modo geral, existe um bom envolvimento no processo de integração da pessoa idosa (n=16):

*“(…) um bom envolvimento, a família após o acolhimento do idoso continua a fazer parte das relações com o idoso” (AS1).*

*“Geralmente, envolvem-se muito na fase inicial (…)” (AS3).*

*“(…) eu estive e estou sempre acompanhada pela minha filha, foi um acompanhamento muito bom, sempre” (PI1).*

*“Sempre pelos dois rapazes e pelos outros também (…) uma maravilha, tenho uns filhos muito bons, eles estão aqui para o que eu precisar, ligam-me e falam muito com a Doutora” (PI2).*

*“(…) sempre acompanhada, acompanharam-me bem, são muito meus amigos os meus filhos (…) foi um acompanhamento muito bom, a minha filha telefona-me todos os dias e trata de tudo” (PI5).*

*“Eu estive e estou sempre presente, desde o início até agora, e vou estar sempre (…) eu venho visitá-lo todas as semanas desde que veio para aqui (…)” (F1).*

*“(…) acho que foi um bom envolvimento, estive sempre presentes em todas as fases” (F3).*

*“(…) nós começamos a fazer visitas diárias assim que nos foi possível (…) acho que foi um bom envolvimento, foi e é” (F7).*

Na perspetiva dos/as assistentes sociais e dos/as familiares das pessoas idosas, a **importância do papel da família na vivência das pessoas idosas em instituição** caracteriza-se em duas unidades de registo que dão conta, não só do nível de importância da família para a pessoa idosa (demonstrando ser fundamental na fase de vida em que esta se encontra), como de algumas funções que a família preenche ou do tipo de apoio que presta. Desta forma, sublinha-se que a proximidade beneficia a vivência institucional (n=7) através de apoio diverso (diálogo/comunicação, acompanhamento a consultas e orientação a nível de outros assuntos) (n=17):

*“(...) tem um papel importante, mantendo o contacto através de visitas, idas a casa (...) muitas vezes até pode melhorar, porque se a pessoa estiver bem, a família também está bem (...)” (AS1).*

*“É muito importante no sentido em que se os idosos sentem que a família está presente e se interessa, que vêm visitar, eles estão mais felizes, mais satisfeitos, que nos facilita o trabalho (...) de uma forma geral a relação melhora, porque a família deixa de ter a sobrecarga de cuidar (...) nós tentamos sempre que possível incentivar que a família continue a fazer o acompanhamento de consultas, não fazerem só visitas, que levem o idoso a passear um bocadinho, tentamos fazer atividades” (AS3).*

*“É extremamente importante (...) não havia razões nenhuma para nos afastar, até hoje mais, temos mais proximidade, estamos sempre atentos ao que ela diz (...) apoio, o que ela quer, o que ela quiser, ir ao médico, comprar coisas que precise, nestas coisas estou sempre presente, ela sente-se apoiada” (F5).*

*“(...) muita importância, se for preciso alguma coisa eles [filhos] ajudam, vêm-me visitar, eles apoiam-me em tudo” (PI2).*

*“É tudo, muito importante (...) é ele [filho] que trata de tudo, está tudo entregue a ele, apoia-me sempre” (PI7).*

*“(...) apoio, o que ela quer, o que ela quiser, ir ao médico, comprar coisas que precise, nestas coisas estou sempre presente, ela sente-se apoiada” (F5).*

*“Nós como tínhamos uma relação muito próxima não influenciou (...) acho que é muito importante ela nos ver com as limitações que tem (...) nós continuamos a fazer o acompanhamento a consultas, peço sempre para ser eu a dar o lanche, é estar um bocadinho presente no tempo dela” (F7).*

Em conformidade com os/as familiares auscultados/as, os **contactos realizados pela família com a instituição** por assuntos que se relacionam com a pessoa idosa institucionalizada efetuam-se, normalmente, de modo presencial (n=5), todavia, também vão mantendo contacto via telefónica (n=3). Os contactos presenciais ocorrem, principalmente, durante as visitas ao familiar, uma vez por semana. Por sua vez, os contactos via telefónica acontecem, sobretudo, quando surge algum imprevisto ou para marcar as visitas ou em situações de emergência, sempre que é necessário:

*“Quando eu vejo que é preciso alguma coisa venho cá (...) quando venho cá às visitas, todas as semanas, já aproveito para falar, quando tenho alguma dúvida ou assim” (F2).*

*“Sempre que é preciso alguma coisa (...) sempre presencial, porque lá está, trabalho aqui” (F3).*

*“Eu tento tratar sempre tudo presencialmente, porque como eu venho aqui não é difícil (...) todos os dias pergunta se está tudo bem às funcionárias” (F7).*

*“Quando é preciso ligo (...) para marcar as visitas, uma vez por semana” (F4).*

*“Telefone para aqui ao fim-de-semana para a vir buscar e trazer (...) e em situações de emergência” (F6).*

No que reporta às **dinâmicas organizacionais que suscitam o envolvimento da família**, em termos de relação/proximidade com a pessoa idosa, estas traduzem-se basicamente em espaços de visitas (n=9), atividades lúdicas (n=2), épocas festivas (n=6) e acompanhamento de consultas (n=2):

*“Para além das visitas (...) às vezes há uma festa ou outra que envolve a comunidade (...)” (AS1).*

*“(...) visitas, oportunidade de a família poder levar o idoso para fora da instituição, atividades intergeracionais (...)” (AS2).*

*“(...) nas visitas, na festa anual, em épocas festivas (...)” (F2).*

*“(...) eu venho mais às visitas (...) têm feito algumas atividades mas às vezes quem vem é o meu filho (...)” (F4).*

*“(...) as festas anuais (...) no dia da família, na páscoa, no natal, é mais nesses períodos (...)” (AS4).*

*“Passa pelas visitas (...) faço o acompanhamento às consultas (...)” (F7).*

*“(...) acompanhamento de consultas” (AS3).*

Ao nível da **satisfação da pessoa idosa com o envolvimento da sua família**, torna-se perceptível o estreitamento de vínculos familiares (n=7), sendo que, em grande parte, consideram haver um bom envolvimento familiar, mostrando-se agradados:

*“Estou muito satisfeita, a minha filha é muito minha amiga, não me falta com nada e eu gosto que ela participe nas coisas” (PI1).*

*“Ai estou muito satisfeita, estou satisfeita por tudo, mas uma das razões é pelo amor entre nós” (PI2).*

*“Estou completamente satisfeito, porque eles [filhos] não podiam vir mais, todos os oito dias chega bem (...)” (PI3).*

*“Estou, muito satisfeita (...) porque eu gosto disto tudo e é perto dos meus filhos” (PI5).*

*“Estou satisfeita, tenho de estar (...) porque a minha filha ajuda-me em tudo (...)” (PI6).*

### 2.3.3. Intervenção profissional na relação pessoa idosa institucionalizada e família

Da categoria “Intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família” emergiram quatro subcategorias: princípios/valores que orientam a intervenção junto das pessoas idosas; práticas interventivas desenvolvidas junto das famílias; formas para fortalecer a relação pessoa idosa - família e dificuldades na promoção da relação pessoa idosa - família.

Uma subcategoria cujo significado emergiu da auscultação às/aos assistentes sociais relaciona-se com os **princípios/valores que orientam a intervenção junto das pessoas idosas** na instituição, distinguindo-se neste âmbito, a promoção e o respeito pelos direitos humanos e qualidade de vida (n=4):

*“(...) suprir o isolamento, exclusão e marginalização social, promover o respeito pelos direitos dos utentes, a autoestima e segurança (...)” (AS1).*

*“A instituição orienta sempre a sua atuação de forma ética e individualizada nas diferentes abordagens aos serviços que presta, respeitando as suas orientações sexuais e religiosas” (AS2).*

*“(...) respeito pela dignidade da pessoa, pela privacidade, nós temos um esquema de afetação (...) tento conversar um bocadinho com eles, tentamos dedicar tempo, máxima atenção e qualidade de vida” (AS3).*

*“A nossa atuação deve ser sempre humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação (...) a perspectiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos” (AS4).*

Relativamente às **práticas interventivas desenvolvidas junto das famílias** das pessoas idosas institucionalizadas, as unidades de registo elencam a prestação de informação/orientação (n=8), a estimulação do contacto pessoa idosa-familiar (n=4), o diálogo/comunicação (n=4) e o apoio/aconselhamento (n=6):

*“(...) tento sempre trabalhar a relação de confiança com o familiar, informo sobre tudo o que é necessário” (AS2).*

*“Eu dou total abertura às famílias para colocarem alguma dúvida, se tiverem algum problema, alguma insatisfação, alguma reclamação (...)” (AS4).*

*“Quando o meu filho telefona é respeitado, ele telefona sempre antes de me vir buscar e o Doutor [assistente social] liga a informar de tudo o que se passa comigo ou quando é preciso” (PI8).*

*“(...) depois, o idoso estando cá, nós vamos mantendo o contacto com a família sempre que acontece alguma coisa (...)” (AS1).*

*“Nós vamos fazendo sempre contacto quando achamos que alguma coisa está menos bem, tentamos envolver a família na resolução de problemas, as famílias ficam com o meu contacto e o contacto da enfermagem (...)” (AS3).*

*“(...) entra em contacto comigo sempre que é preciso (...)” (F4).*

*“Conversam se for preciso alguma coisa (...)” (PI1).*

*“Ela [assistente social] fala muito com eles [filhos] (...)” (PI2).*

*“(...)apoiar toda a gente, já me tem apoiado a mim, apoia o meu filhos (...)” (PI7).*

*“(...) quando uma pessoa precisa de saber alguma coisa, ela [assistente social] está sempre pronta para ajudar, tem sido um papel bom, positivo (...) está sempre disponível” (F2).*

*“(...) alguma coisa que a gente [família] precise, ela ajuda (...) aconselha-me e é muito atenciosa” (F6).*

Segundo os/as entrevistados/as são diversas as **formas para fortalecer a relação pessoa idosa - família** dentro da instituição, destacando-se o **“estímulo” a uma maior regularidade das visitas** (n=10), **envolvimento da família em atividades festivas** (n=3), **realização de atividades lúdicas** (n=1), **relação de proximidade com a equipa (técnica e não técnica)** (n=6), **escutar** (n=1), **privilegiar o contacto** (n=1) e **atender às necessidades** (n=1):

*“(...) saber ouvir as famílias, os idosos, compreendê-los, atender a todas as necessidades, zelar para uma qualidade de serviços (...) somos uma instituição que se pode abrir às ideias para melhorar o nosso funcionamento (...) através das visitas e das épocas festivas ou de alguma atividade que haja da comunidade” (AS1).*

*“Nós aqui já trabalhamos muito nesse sentido, privilegiar o contacto (...) o trabalho para com a comunidade. É solicitado aos familiares a sua participação nas visitas (...) atividades de animação e lúdico-recreativas, aniversários, festas locais (...)” (AS2).*

*“Procuramos, sempre que possível, que os nossos utentes possam participar na vida da estrutura residencial (...) geralmente, através de visitas” (AS4).*

*“(...) tenho visitas de vez em quando (...) eu vou a casa e eles [familiares] vem aqui” (PI1).*

*“É as visitas, que é o meu conforto (...)” (F1).*

*“(...) os jantares de final do ano” (F4).*

*“(...) o meu filho fala com toda a gente aqui e vem a todas as atividades para me ver” (PI7).*

*“(...) podemos falar com a enfermeira e a animadora sempre que quisermos, mas alguma coisa mais necessária é sempre com a assistente social” (F3).*

*“(...) falo com a enfermeira, com as funcionárias, noutra dia pedia para lhe alterarem o lanche (...)” (F7).*

Quanto à subcategoria **dificuldades na promoção na relação pessoa idosa - família** em contexto residencial, emergem duas unidades de registo convergentes com dois aspetos percecionados como dificuldades, em particular, o modo de processar as visitas (n=1), especialmente na altura pandémica, e, o distanciamento de familiares (n=2), penalizando as pessoas idosas:

*“Com a pandemia (...) a forma como se deve processar as visitas” (AS2).*

*“(...) há as outras famílias que nem sequer aparecem e essa é a principal dificuldade, porque temos utentes que depois entram em greve de fome (...)” (AS3).*

*“A principal dificuldade é a história de vida (...) os familiares não se envolverem muito (...)” (AS4).*

### **CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O presente capítulo procede, na sequência da apresentação e análise dos resultados obtidos, à discussão dos mesmos, com base nos fundamentos teóricos e nos objetivos do presente estudo. Desta forma, enquadram-se, em termos de análise reflexiva, os elementos centrais, relativos à amostra do estudo; às razões subjacentes à institucionalização; à importância da manutenção da relação pessoa idosa - família em instituição; aos níveis de envolvimento da família no processo conducente à institucionalização das pessoas idosas; às estratégias profissionais desencadeadas para facilitar a relação da pessoa idosa com a família; aos constrangimentos da ação profissional no quadro da promoção da relação, pessoa idosa e família; e, às dinâmicas capazes de potenciar o envolvimento das pessoas idosas com a família no quadro residencial.

### **a) Instituições Particulares de Solidariedade Social e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas**

O estudo abrangeu quatro IPSS, das quais duas revestiram a forma de Associação de Solidariedade Social e as restantes, de Irmandades da Misericórdia (Decreto-Lei n.º 172-A, 2014, artº2), possuindo abrangência geográfica a nível local e concelhio, com data de fundação reportada aos séculos XIX e XX. Todas as IPSS integram vários serviços e equipamentos, dos quais se destacam as ERPI e o SAD, assumindo-se estas como respostas de maior importância para ir ao encontro das necessidades de apoio da população idosa, como salienta a recente Carta Social 2020 (GEP, 2021). As ERPI do estudo surgiram maioritariamente no século XX e possuem todas taxa de ocupação máxima (i.e., coincidente com a sua capacidade), integrando no seu quadro de pessoal o número de colaboradores estipulado pela Portaria n.º 67/2012, 2012 (Vd. artº12), por forma a garantirem o seu funcionamento em termos de prestação de atividades e serviços.

Relativamente às pessoas idosas institucionalizadas nas ERPI, foi reportada a predominância do género feminino e uma amplitude de idades situada entre os 50 e os 100 anos. Ao nível do grau de dependência, as ERPI do estudo enquadram uma população idosa que apresenta consideráveis níveis de dependência, realidade esta que espelha o perfil da população idosa portuguesa em ERPI (GEP, 2021). Quanto à rede de suporte familiar, os/as filhos/as são aqueles/aquelas que mantêm uma maior proximidade com os/as utentes. Estes familiares, tal como Cabanita (2021) apelida, são cuidadores terciários que não têm qualquer responsabilidade pelo cuidado direto, auxiliando apenas quando lhes é solicitado ou em situações de emergência. Na sua relação com o/a familiar residente, comparecem às visitas, em média, uma vez por semana, revelando o estudo a existência de casos em que a pessoa idosa não desfruta de quaisquer visitas.

### **b) Participantes – assistentes sociais, pessoas idosas e familiares**

Dos/as assistentes sociais auscultados/as, a maioria pertence ao género feminino, tendo idades compreendidas entre os 41 e os 58 anos. Todos/as os/as profissionais possuíam formação ao nível do ensino superior (Licenciatura em Serviço Social e/ou Mestrado em Serviço Social), exercendo a função de assistente social, aproximadamente, há 19 anos e de Diretor/a Técnico/a da ERPI há 17 anos, apresentando uma média de 20 anos de exercício da profissão. De salientar que a formação superior em *serviços sociais*

traduz uma das formações essenciais para assegurar um bom funcionamento destas respostas (Portaria n.º 67/2012, 2012), posicionando-se os/as assistentes sociais, com frequência, na direção técnica das mesmas, o que também se observou no estudo.

Das pessoas idosas institucionalizadas auscultadas, observou-se uma predominância do género feminino, tendo aquelas idades compreendidas entre os 71 e os 94 anos. De uma forma geral, as pessoas idosas apresentavam o estado civil de viúvo/a, sendo a reforma o seu único rendimento auferido. Em relação ao nível de escolaridade, o 3.º ano traduziu o nível educacional dominante, tendo também sido auscultados/as residentes sem qualquer escolaridade. Por referência à profissão exercida na vida ativa, os/as participantes informaram ter exercido atividades ligadas ao trabalho de campo, bem como ao trabalho doméstico. Em média, e á data da auscultação, as pessoas idosas residiam há sensivelmente quatro anos na instituição, estando todos/as os/as envolvidos/as aptos/as a nível cognitivo, embora tenham sido salientados alguns problemas de saúde a nível físico, fragilidades estas que se mostram comuns na fase da senescência – em que ocorrem transformações físicas – da pessoa idosa (Santos, 2002, como citado em Crespo, 2019). Quanto à caracterização do agregado familiar antes da entrada para a ERPI, o estudo revelou que na sua totalidade as pessoas idosas viviam sozinhas na sua residência, ainda que usufruíssem da ajuda dos/as seus/suas familiares diretos/as, neste caso, dos/as filhos/as, resultados estes que se mostram convergentes com vários estudos que analisam o cuidado à pessoa idosa (MCCI, 2021), e que salientam que o/a familiar que mais se destaca no cuidado à sua pessoa idosa é a mãe/pai, seguido do/a cônjuge, do/a filho/a, de outros/outras sem grau de parentesco direito, do/a avô/avó, de tios/tias e de sobrinhos/as.

Em relação aos/às familiares das pessoas idosas institucionalizadas, o estudo abordou pessoas predominantemente do género feminino, com idades compreendidas entre os 48 e os 81 anos, casados/as e detentores/as de habilitações literárias variando entre o 4.º ano e o ensino superior/licenciatura. A este respeito da profissão ou ocupação dos/as familiares, prevalecia o trabalho doméstico a par com a situação de reforma. A composição do agregado familiar não sofreu alterações após a entrada do/a familiar idoso/a na instituição e engloba, de um modo geral, elementos como marido/mulher e filhos/as, os quais informaram possuir uma relação muito próxima com a pessoa idosa institucionalizada, assumindo esta manutenção dos laços familiares uma expressão muito



significativa na percepção da felicidade da pessoa idosa (Lopes & Gonçalves, 2012). Quanto à periodicidade das visitas, a maioria dos familiares visitavam a pessoa idosa uma vez por semana, viabilizando deste modo a preservação dos laços afetivos (Perlini et al., 2007).

### **c) Razões associadas à institucionalização das pessoas idosas**

Normalmente, o cuidado prestado às pessoas idosas é assumido num primeiro momento pelas famílias (Pego, 2013), no entanto, nem sempre é possível, por motivos vários, os quais estão na origem do processo de institucionalização. De acordo com todos/as os/as participantes, as principais razões para a institucionalização relacionaram-se com a deterioração do estado de saúde, fator determinante sob o ponto de vista de Alves (2016), com o isolamento social, fator este que a literatura também assinala (Pimentel, 2005), com os relacionamentos desfavoráveis no espaço doméstico e com a indisponibilidade de terceiros, fatores acrescentados por Fagundes et al. (2017), como elementos de explicação para a institucionalização.

Martín e Brandão (2012) mencionam um conjunto de fatores que estabelecem a relação entre as razões para a institucionalização e a rede familiar, particularmente, a indisponibilidade devido à profissão – aspeto mencionado em maioria pelos/as entrevistados/as –, i.e., a excessiva carga horária laboral e os horários cada vez mais alargados, podendo originar, por vezes, sentimentos de culpa por parte da família (Cardão, 2009; Pimentel, 2005; Jacob, 2007). Adicionalmente, também se indicaram problemas de saúde dos/as familiares (Sousa et al., 2004) e a emigração ou migração dos/as mesmos/as.

Embora se tenha constatado que, na sua maioria, a iniciativa pela institucionalização partiu de familiares próximos, também existiram situações em que a iniciativa partiu apenas de utentes ou de familiares próximos e utentes. Posto isto, e tendo por base a teoria, é possível assinalar a ocorrência de três tipos de reação nos/as envolvidos/as da presente investigação: preferencial (decisão iniciada pela própria pessoa), estratégica (existência de um planeamento prévio em que a pessoa idosa equaciona a possibilidade de se institucionalizar) e passiva (decisão assumida por terceiros) (Sousa et al., 2004). Importa a este respeito, salientar a importância de envolver a pessoa idosa em todo o processo da sua institucionalização, uma vez que esta enfrenta

alguns receios aquando da sua entrada numa instituição (Nobre, 2018). No estudo, a opção pela institucionalização resultou de uma relação consensual entre a pessoa idosa e o/a seu/sua familiar, não obstante o equacionamento desta possibilidade ter partido de diferentes agentes (e.g., pessoa idosa, familiar, terceiros).

#### **d) Importância da manutenção da relação pessoa idosa - família em instituição**

A influência da institucionalização na relação pessoa idosa - família não penaliza a manutenção da relação, podendo mesmo contribuir para uma melhoria da relação e para uma melhor adaptação da pessoa idosa na instituição, como o estudo sugere, aspeto este que a teoria também suporta ao realçar a importância das relações pessoais tanto internas, como externas (Carvalho e Dias, 2011).

Relativamente ao papel da família na vivência das pessoas idosas em instituição, apurou-se no estudo que a proximidade beneficia a vivência institucional através de apoio diverso por parte dos/as familiares, desde a prestação de informação e orientação, o acompanhamento a consultas e gestão financeira, a presença e a comunicação, funções estas que a literatura também sublinha (Teixeira et al., 2017). A par, este apoio que a família presta ajuda a fortalecer as relações da pessoa idosa com o/a familiar, aumentando os sentimentos de realização, felicidade, carinho, agradecimento, recompensa e desenvolvimento de aptidões, como realçam Sousa e os seus colegas (2004) na sua análise aos aspetos positivos da prestação de cuidados.

#### **e) Níveis de envolvimento da família no processo conducente à institucionalização das pessoas idosas**

Segundo Coelho (2018), a integração de uma pessoa idosa numa instituição pressupõe uma adaptação, e para isso, torna-se fundamental que exista uma preparação da pessoa idosa, facilitada pela família, no processo que antecede a institucionalização, visto que aquela, “melhor que ninguém, conhece o trajeto e evolução da situação do residente” (UMP, 2021, p. 29). Neste seguimento, os/as entrevistados/as destacaram, na maioria, que a adaptação da pessoa idosa beneficiou do conhecimento derivado da sua familiaridade com o centro de dia e SAD, tendo também existido situações que

inviabilizaram a preparação para a institucionalização, por variados motivos (e.g., demência). Também destacaram a obtenção de conhecimento prévio através de outras pessoas, de informação e de uma visita institucional por parte do/a assistente social, que, após estabelecer o primeiro contacto com a pessoa idosa na sua análise geral, faculta um encaminhamento e acolhimento individualizado mediante o conhecimento e orientação sobre o funcionamento da instituição (Ornelas & Vilar, 2011).

O envolvimento familiar no processo de transição da pessoa idosa para a instituição mostra-se crucial já que a não integração/adaptação acarreta consigo enormes repercussões na vida das pessoas idosas, podendo haver ruturas afetivas e a necessidade de (re)criar a ligação (Casqueira, 2016). De um modo geral, o estudo apurou a existência de um bom envolvimento familiar no processo de integração da pessoa idosa, tornando-se perceptível o estreitamento de vínculos familiares ao nível da satisfação da pessoa idosa com o envolvimento da sua família, carecendo de se realçar que quando as famílias optam pela institucionalização, procuram uma instituição capaz de atender a todas as necessidades do/a seu/sua familiar idoso/a (Perlin et al., 2007).

A par do envolvimento familiar, procurou-se explorar os contactos realizados pela família com a instituição para assuntos relacionados com a pessoa idosa institucionalizada, no qual se percebeu que todos/as os/as familiares estabelecem contacto, ora de modo presencial (normalmente, durante as visitas ao familiar, uma vez por semana), ora por via telefónica (sobretudo, quando surge algum imprevisto ou para marcar as visitas ou em situações de emergência). No entanto, sublinha-se o facto de que nem todas as pessoas idosas possuem familiares que procuram contactar a instituição a propósito de assuntos que lhes dizem respeito, visto que existem situações em que os familiares não retornam mais à instituição, delegando todos os cuidados da pessoa idosa aos profissionais (Casqueira, 2016).

#### **f) Momentos e/ou dinâmicas que convocam a relação da pessoa idosa com a família na instituição**

Em conformidade com os/as assistentes sociais e os/as familiares auscultados/as, enfatizam-se como dinâmicas organizacionais que suscitam o envolvimento da família, em termos de relação/proximidade com a pessoa idosa, os espaços de visitas, as atividades lúdicas, as épocas festivas e o acompanhamento de consultas, aspetos estes que, de certa

forma, demonstram ser cruciais quer para o bem-estar das pessoas idosas, quer para a própria família, na medida em que promover a integração da família no meio institucional, explicar à família a importância de visitas frequentes, tal como a sua participação em acontecimentos da instituição, permite reatar os vínculos familiares (Secchi, 2008, como citado em Carneiro, 2012).

Ribeirinho (2013) defende que a intervenção de um profissional de Serviço Social na área do envelhecimento passa por providenciar a integração da pessoa idosa na instituição, como por fomentar os laços existentes que estes mantinham antes da sua institucionalização, o que pressupõe integrar a família nas suas estratégias de intervenção (Ornelas & Vilar, 2011). Assim, no que reporta às práticas interventivas desenvolvidas junto das famílias das pessoas idosas institucionalizadas, os/as intervenientes elencaram várias práticas: prestação de informação/orientação, estimulação do contacto pessoa idosa-familiar, diálogo/comunicação e apoio/aconselhamento. Estas práticas posicionam o/a assistente social como um/uma profissional da intervenção social, que trabalha com e para os indivíduos, utilizando um conjunto de competências específicas, como estabelecido no CDAS (2018).

#### **g) Estratégias profissionais desencadeadas para facilitar a relação da pessoa idosa com a família**

Como realça o CDAS (2018), a intervenção do assistente social carece sempre de se fundar numa conduta eticamente informada, tendo em conta os valores – dignidade humana, liberdade e justiça social – e os princípios – direitos humanos, responsabilidade coletiva, integridade profissional, confidencialidade profissional e sustentabilidade do ambiente e da comunidade – da profissão. Neste âmbito, após auscultar os/as assistentes sociais sobre os princípios/valores que orientam a intervenção junto das pessoas idosas na instituição, distinguiu-se a promoção e o respeito pelos direitos humanos e qualidade de vida, reforçando a ideia de Martins (2017), que advoga que compete ao Serviço Social, na sua função educativa e política, promover os direitos sociais da pessoa idosa, assegurar a dignidade e incentivar a sua participação. Interessa mencionar que todas as funções exercidas pelo/a assistente social podem ser realizadas a nível individual, familiar ou grupal (Ribeirinho, 2013), o que significa que os seus princípios/valores estão presentes na sua intervenção não só com as pessoas idosas, como com as suas famílias.

#### **h) Constrangimentos da ação profissional no quadro da promoção da relação, pessoa idosa e família**

No decorrer do processo de institucionalização da pessoa idosa, o/a assistente social assume o papel de mediador, especialmente, na relação entre a pessoa idosa institucionalizada e a sua família (Casqueira, 2016), porém, é comum sucederem-se diversos constrangimentos na sua intervenção. No presente estudo, as dificuldades na promoção da relação pessoa idosa - família em contexto residencial foram identificadas sob a ótica dos/as assistentes sociais, emergindo unicamente dois aspetos, em particular, o modo de processar as visitas, particularmente, na altura pandémica, e, o distanciamento de familiares. Esta última dificuldade mostra-se apoiada, pelo pensamento de Pimentel (2009), a qual informa que os profissionais de Serviço Social devem tentar entender quais os fatores e os motivos que dão origem à falta de envolvimento da rede familiar, fornecendo, de uma forma mais específica, certas orientações, como por exemplo, conhecer, de modo profundo, a família da pessoa idosa institucionalizada, a fim de reconhecer os potenciais problemas que enfrentam, tanto quanto as razões de resistência ao seu envolvimento e o interesse que conferem ao mesmo. Não obstante, Pimentel (2009) interpreta que, geralmente, os familiares não se afastam por vontade própria, mas sim porque se defrontam com diferentes problemas, sendo a história de vida proferida por um interlocutor como uma justificação para o não envolvimento de certos familiares.

#### **i) Dinâmicas capazes de potenciar o envolvimento das pessoas idosas com a família no quadro residencial**

A intervenção do profissional de Serviço Social junto da população idosa desenvolve-se através de determinadas estratégias – informação e sensibilização, negociação, sedução, facilitação e confrontação (Pimental, 2009), envolvendo sempre a família. A respeito disso, no que se refere aos dados obtidos relativos às formas para fortalecer a relação pessoa idosa - família dentro da instituição, foi assinalado de forma expressiva, o “estímulo” a uma maior regularidade das visitas, contudo, foram realçados argumentos como o envolvimento da família em atividades festivas, realização de atividades lúdicas, relação de proximidade com a equipa (técnica e não técnica), escutar, privilegiar o contacto e atender às necessidades, argumentos estes também ressaltados pelo GCPAS (2005), o qual argumenta que o/a assistente social pode exercer a sua ação

ajudando as pessoas idosas a participar em atividades promovidas pela instituição, estimulando a comunicação, assim como auxiliar as pessoas idosas nas relações sociais, estimulando e organizando visitas da família e dos amigos.

## CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico ao longo das últimas décadas tem-se acentuado de forma significativa, em resultado da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida da população, seguindo uma tendência que tende a permanecer ao longo do século XXI. Em si, o envelhecimento é assumidamente uma expressão do progresso e de evolução das sociedades, não obstante, os desafios que o mesmo acarreta, dado o avanço das idades na velhice e inerentes repercussões (e.g., fragilidade, dependência), posicionam-no como uma prioridade na agenda das políticas sociais, visando a salvaguarda do avançar da idade com qualidade de vida. As ERPI e o processo de institucionalização que lhes está subjacente enquadra-se nestas prioridades, de maximização do bem-estar das pessoas idosas, quando as famílias se mostram limitadas para satisfazer todas as necessidades de que a pessoa idosa carece.

A prestação de cuidados em ERPI traduz uma responsabilidade fundada na “obrigação social estatal e pública” em garantir os direitos fundamentais às pessoas idosas, carecendo de se entender que a assunção do cuidado deve revestir uma ação de complementaridade, implicando a rede familiar. Revela-se, pois, como um imperativo nestas estruturas, uma atuação humanizada e convergente com a singularidade de cada residente, assumindo-se como premissa de base que a família deve integrar as vivências em instituição. Assim, as respostas de ERPI asseguram a sua missão e dinâmica de funcionamento beneficiando de uma pluralidade de profissionais cujo desempenho passa por garantir a satisfação das necessidades aos mais velhos (aceção lata) nas suas diversas vertentes (e.g., física, mental, psicológica, social, espiritual). Nestas estruturas a intervenção do profissional de Serviço Social é distintiva, já que ocorre a partir de uma ação multifacetada que inclui estratégias facilitadoras da integração e adaptação da pessoa idosa, procurando a par, estimular o desenvolvimento de interações, quer com residentes, quer com a família.

Considerando os objetivos definidos e os resultados do estudo, várias são as elações que carecem de ser elencadas. Primeiramente, importa ressaltar que o estudo abrangeu quatro IPSS, com a valência de ERPI, cuja população idosa residente apresentava consideráveis níveis de dependência. Os participantes do estudo, designadamente, os/as assistentes sociais exerciam nas respetivas ERPI a função de

Diretor/a Técnico/a da ERPI, assumindo desta forma uma responsabilidade acrescida no processo de planejamento e na estratégia organizacional face ao cuidado. Acerca das pessoas idosas institucionalizadas, o estudo revelou existir um apoio da rede familiar no cuidado anterior à institucionalização, tornando também evidente que os familiares auscultados mantinham uma relação próxima com a pessoa idosa institucionalizada, quer por via da regularidade das visitas que realizavam, quer decorrente da sua implicação em dinâmicas suscitadas no contexto residencial.

Em sintonia com a literatura, o estudo veio destacar que as principais razões para a institucionalização das pessoas idosas advém de fatores determinantes como a deterioração do estado de saúde, o isolamento social, os relacionamentos desfavoráveis no espaço doméstico, as limitações de terceiros, os problemas de saúde dos/as familiares e a emigração ou migração dos/as mesmos/as, sublinhando ainda, que a “indisponibilidade” da rede familiar para a provisão do cuidado próximo se articula fortemente com a profissão exercida. Percebeu-se, de igual modo, que as famílias denotam preocupação pelos familiares idosos/as, tendo acautelado de modo compreensivo a opção pela institucionalização junto daqueles, mostrando-se, a par, envolvidas, em todo o seu processo de institucionalização.

Quanto à manutenção da relação entre a pessoa idosa e a família no quadro residencial, o estudo confirmou a importância do apoio por parte dos/as familiares, o qual se evidenciou através de modalidades diversificadas, das quais, a prestação de informação e orientação, o acompanhamento a consultas, a gestão dos recursos financeiros, a presença em momentos cruciais e a comunicação, de modo contínuo, com os próprios e com a instituição (presencialmente ou por via telefónica).

A este respeito, refira-se, que várias são as dinâmicas passíveis de suscitar o envolvimento familiar – como os “espaços” de visitas, as atividades lúdicas, a celebração de épocas festivas, a solicitação para acompanhamento de consultas, entre outras – e que importa não descurar, já que demonstram ser fundamentais para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas e da própria família. Sobretudo, tais dinâmicas afirmam-se como de significativo contributo, não apenas para facilitar a manutenção da relação/vínculo familiar, mas também para apoiar na adaptação/integração do/a familiar idoso/a à instituição, pelo que se realça a importância do reforço das dinâmicas de implicação familiar em contexto residencial.



Nestes ambientes, a ação do/a assistente social adquire uma destacada valia, dado o seu mandato profissional – configurado pelo código deontológico da profissão e que o/a distingue como um/uma profissional orientado/a para a promoção dos direitos humanos, da justiça social, e, da mudança e transformação social – e as funções específicas que lhe estão cometidas na esfera interventiva justo deste público-alvo (i.e., pessoas idosas institucionalizadas e família), abrangendo práticas de diagnóstico e compreensão acerca das reais necessidades das pessoas idosas, dos motivos subjacentes ao fraco envolvimento familiar, bem como das estratégias vocacionadas para influir na relação positiva da pessoa idosa e família, as quais medeiam entre a prestação de informação/orientação, a estimulação do contacto (pessoa idosa - família), o diálogo/comunicação e o apoio/aconselhamento. No essencial, o estudo ressalva o papel da essencialidade da família para as pessoas idosas, principalmente, para apoiar a edificação e desenvolvimento do seu projeto de vida em instituição. Não obstante, os resultados e as elações conclusivas do estudo, alguns constrangimentos emergiram do trabalho de investigação, sobretudo, associados à recolha de dados. Tal decorreu do facto de se ter observado alguma dificuldade em alguns/algumas dos/as participantes idosos/as em entender e responder a algumas questões mais específicas, que admitimos ser devido à sua reduzida escolarização que dificultou a compreensão dos assuntos abordados ou então devido à sua incapacidade de exprimir o que pretendiam, realidade esta que sugere que, em estudos de natureza semelhante, possam ser realizados testes piloto a um grupo reduzido de indivíduos com características idênticas aos da amostra. Salienta-se também e em jeito de investigação futura, a importância de compreender como é assumida e gerida a tarefa do cuidar no seio do núcleo familiar e de que forma a rede familiar – i.e., os vários elementos da família – pode apoiar a pessoa idosa institucionalizada de um modo mais partilhado, ou seja, numa ótica de corresponsabilidade familiar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, T., Eloi, J., & Sousa, A. (2017). Reflexões acerca dos impactos psicossociais da institucionalização de idosos no Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 333-352. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p333-352>

Alarcão, M., & Gaspar, M. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paidéia*, 17(36), 89-102. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100009>

Almeida, A. J. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspetos e contexto da qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>

Alves, L. M. (2016). *Apoio social, saúde mental e bem-estar em idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5659?locale=en>

Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da família*. Universidade Técnica de Lisboa.  
Andrade, L. S. (2009). *A flecha do tempo... as práticas de Serviço Social nas IPSS no concelho de Coimbra* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/174>

Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10460>

António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. I., Carvalho (Ed.), *Serviço Social no envelhecimento*. Pactor.

Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. <https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CDAS.pdf>

- Barros, F. F. (2020). *Perceção de envelhecimento pelos idosos e atividade física* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais]. Repositório da Universidade de Évora. <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/26862>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Batista, L. C. (2019). *Envelhecimento, redes sociais e qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2334>
- Cabanita, M. C. (2021). *O Cuidador informal de idosos – contribuições para o estudo das suas necessidades, sobrecarga, resiliência e otimismo* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/18156>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-08/processos-de-envelhecimento-em-portugal.pdf>
- Caetano, A. (2009). *As relações de vizinhança nas redes de suporte social dos residentes no bairro de Santiago em Aveiro* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/218>
- Cancela, D. M. (2007). O processo de envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos*, 1-15. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Coisas de Ler.
- Cardoso, S., Santos, M., Baptista, M., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). *Análise social*, 204, XLVII (3.º), 606-630. [http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS\\_204\\_d02.pdf](http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_204_d02.pdf)
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: guia para autoaprendizagem*. Universidade Aberta.

- Carneiro, M. M. (2012). *Gerontologia e qualidade de vida: reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense]. Repositório da Universidade Portucalense. <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/232>
- Carvalho, C. I. (2008). *Maus-tratos conjugais nos idosos: propostas para a prevenção e intervenção socioeducativa* [Tese de Doutoramento, Universidade Portucalense “Infante D. Henrique”]. <https://livrozilla.com/doc/1130140/maus-tratos-conjugais-nos-idosospropostasparaa%20preven%C3%A7%C3%A3o%20interven%C3%A7%C3%A3o%20socioeducativa>
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no envelhecimento* (1ª ed.). Factor.
- Carvalho, M. I. (2021). *Estudo sobre o perfil do cuidador familiar/informal da pessoa sénior em Portugal*. Fundação Aga Khan.
- Carvalho, M. P., & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, (40), 161-184. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1209>
- Casqueira, T. I. (2016). *Contributo da família para o processo de institucionalização do idoso* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/4607>
- Coelho, S. R. (2018). *As redes sociais pessoais de idosos institucionalizados em ERPI* [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/18749>
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Edições Almedina.
- Crespo, D. M. (2019). *A prática profissional do assistente social enquanto diretor técnico da resposta social centro de dia. Programa de estimulação cognitiva* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30283>
- Crispim, R. M. (2020). *Ser-se pessoa (in)ativa em estruturas residenciais para idosos. O Serviço Social a favor da inclusão e ativação das pessoas idosas nas dinâmicas intrainstitucionais e no seu projeto de vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade de

Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra.  
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/94871>

Densyn, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Artmed.

Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. Direção-Geral da Saúde.  
<https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group. (2011). *Strategic implementation plan for the european innovation partnership on active and healthy ageing*. Steering Group.  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ue-strategicimplementation-01.pdf>

Fagundes, K. V., Esteves, M. R., Ribeiro, J. M., Siepierski, C., Silva, J., & Mendes, M. (2016). Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 210-214.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>

Falcão, D. (2016). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*. Papyrus Editora.

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi Editores.

Fechine, B. R., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(7), 106-194. <https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade*. Celta.

Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, XLII (183), 419-443.  
<https://www.researchgate.net/publication/262478049>

Ferreira, J. M. (2009). *Serviço Social e modelos de bem-estar para a infância: modus operandi do assistente social na promoção da proteção à criança e à família* [Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/3590>

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (1ª ed.). Climepsi Editores.

Figueiredo, T. E. (2020). Envelhecimento e família: reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. *Archives of Health*, 1(3), 101-110. <https://doi.org/10.46919/archv1n3-003>

Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Artmed.

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Universidade Católica Editora. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11728>

Fonseca, C. N. (2020). *Implementação da metodologia de cuidado. Humanidade em ERPI: contributo para o sistema organizacional* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/handle/10316/94874>

Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação – da conceção à realização*. Lusociência.

Francisco, M. (2011). Análise de conteúdo. *Metodologias de investigação na educação*. <https://miemf.wordpress.com/a-analise-de-conteudo/>

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2009). *Carta social: rede de serviços e equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. [https://www.cartasocial.pt/documents/10182/14117/estudo\\_dependencia.pdf/26807743-0c4c-4626-a332-17e6d5aa68ff](https://www.cartasocial.pt/documents/10182/14117/estudo_dependencia.pdf/26807743-0c4c-4626-a332-17e6d5aa68ff)

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2020). *Carta social – rede de serviços e equipamentos* 2020. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2021). *Carta social – rede de serviços e equipamentos* 2021.

<https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731ecccaf>

García, M. (2003). *Trabajo social en Gerontología*. Síntesis.

García, M., & Jiménez, J. (2003). Serviço Social gerontológico: contextos e práticas profissionais. In M. I., Carvalho (Ed.), *Serviço Social no envelhecimento* (pp. 177-200). Factor.

Giddens, A. (2007). *Sociologia* (9ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Record.

Gomes, M., & Mata, A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 163 – 172). Psicosoma.  
<file:///C:/Users/UTILIZADOR/Downloads/Teoria%20e%20Pratica%20da%20Gerontologia.pdf>

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. (2005). *Manual de boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas: para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Instituto da Segurança Social, I. P.  
[https://www.segsocial.pt/documents/10152/13328/acolhimento\\_residencial\\_pessoas\\_mais\\_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7](https://www.segsocial.pt/documents/10152/13328/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7)

Guadalupe, S., & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Revista Sociedade e Estado*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentido e formas de uso*. Principia.

Guillemard, A. M. (1980). *La vieillesse et l'État*. Politiques.

Guillemard, A. M. (1995). *Entre travail, retraite et vieillesse*. L'harmattan.

Hooyman, R., & Kiyak, A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.

Horochovski, R. R. (2006). *Empoderamento: definições e aplicações*. Gt 18 – Poder político e controles democráticos. <https://www.anpocs.com/index.php/papers-30-encontro/gt-26/gt18-22/3405-rhorochovski-emponderamento/file>

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente em Portugal com tendência para a diminuição e envelhecimento*. [file:///C:/Users/UTILIZADOR/Downloads/10Dia\\_Mundial\\_Popula%C3%A7%C3%A3o%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/UTILIZADOR/Downloads/10Dia_Mundial_Popula%C3%A7%C3%A3o%20(1).pdf)

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas de óbitos. Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_tema&xpid=INE&tema\\_cod=1115&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística. (2021a). *Recenseamento da população e da habitação. População residente por grupo etário em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0011166&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011166&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Estimativas anuais da população residente. Índice de envelhecimento. Índice de dependência de idosos em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_tema&xpid=INE&tema\\_cod=1115&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115&xlang=pt)

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Ambar.

São José, J. (2012). Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 123–150. <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10584.pdf>



- Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas* [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta]. Repositório aberto da Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10847>
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://books.uc.pt/book?book=238>
- Lopes, A., & Gonçalves, C. (2012). *Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais. Aspectos bio comportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel.
- Lourenço, P. M. (2014). *Institucionalização do idoso e identidade* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum do Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9205>
- Luís, J. (2016). *A história das IPSS's em Portugal*. Centro Social Paroquial Vila da Ponte. <https://www.cspvp.org/historia-das-ipsss-portugal-instituicoes-particulares-solidariedade-social/>
- Luz, H. (2014). Sociologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatrics – saber e praticar* (pp. 65-74). Lidel.
- [Luz, H. \(2017\). \*Problemas sociais complexos – wicked problems – e intermediação das organizações de economia social: estratégias adaptativas no campo do envelhecimento ativo \(EA\)\*. XVIII Congreso AHILA. ISBN: 978-84-9133-095-0 pp. 805-829.](#)
- Luz, H. (2019). *The framework of organizational capacity to deal with complex problems: challenges for Social Workers involved in care services*. International Conference of Sociology and Social Work 2019. <http://icssw.fpce.uc.pt/doc/proceedingsbook.pdf>
- Macedo, N. T. (2015). *A relação entre as famílias e os adultos institucionalizados: um projeto no centro de dia “o pontão”* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/2682/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Macedo%2C+Nilza+Tatiana+Videira>
- Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Bookman.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas.

- Marques, C. (2016). *“O eu e o eles” das histórias: as pessoas com deficiência intelectual e os estigmas sociais* [Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, Faculdade de Economia/Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/33368/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Catarina%20Marques%20-%202016.pdf>
- Mattar, F. N. (2001). *Pesquisa de marketing*. Atlas.
- Martín, I., & Brandão, D. (2012). *Manual de gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel.
- Martín, I., & Gonçalves, D. (2007). Políticas sociais para a terceira idade. In A. R. Osório, & F. C. Pinto (Eds.), *Pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 131-179).
- Martins, L. (2011). A contribuição do trabalho do assistente social em centro de convivência para idosos: limites e possibilidades. *Revista Uniabeu*, 4(8), 163-178. <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/214>
- Martins, O. S. (2014). *A família do idoso dependente – análise das necessidades/dificuldades no cuidar do domicílio* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1291>
- Martins, S. S. (2017). *Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório das Universidades Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/3426>
- Miguel, I., & Luz, H. (2014). Envelhecimento ativo multinível: uma perspetiva pela qualidade de vida. *Actas do VIII Congresso Português de Sociologia, 40 Anos de Democracia(s): Progressos, Contradições e Prospetivas*, 1-13. <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/1493>
- Minois, G. (1999). *História da velhice no ocidente*. Teorama.

Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43. <https://doi.org/10.3390/ejihpe1010003>

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). *O que é ser cuidador informal em Portugal?* [https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais\\_infografia\\_2021\\_A4.pdf](https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf)

Neri, A. L., & Carvalho, V. A. (2002). O bem-estar do cuidador: aspetos psicossociais. In E. Freitas., & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Guanabara Koogan. <https://frramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Netto, M. (2011). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. Freitas., & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 62-75). Guanabara Koogan. <https://frramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Nobre, C. G. (2018). *A minha nova casa: percepções e vivências de idosos sobre o processo de institucionalização* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/handle/10316/83496?locale=pt>

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Legis Editora.

Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. LivPsic.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: a police framework*. Institutional Repository for Information Sharing. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Organização das Nações Unidas. (2022). *Envelhecimento*. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Ornelas, A. M., & Vilar, D. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de fatores pessoais e da rede social. *Intervenção social*, (37). <https://doi.org/10.34628/k0hz-hq33>

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Livraria Almedina.

Paúl, C. (2005). Os idosos no futuro. In Social, S. (Ed.), *Pretextos - demografia e desenvolvimento*. Instituto da Segurança Social. [https://www.segsocial.pt/documents/10152/63350/revista\\_pretextos\\_20/05a72196-259c-42e0-8616-18f5d1e06913/05a72196-259c-42e0-8616-18f5d1e06913](https://www.segsocial.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_20/05a72196-259c-42e0-8616-18f5d1e06913/05a72196-259c-42e0-8616-18f5d1e06913)

Paz, R. (2000). *Educação física e recreação para a terceira idade*. Sagra.

Pego, M. A. (2013). *Cuidados informais: os idosos em situação de dependência em Portugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/10752>

Pellissier, J., & Gineste, Y. (2007). *Humanitude*. Instituto Piaget.

Perlini, N. M., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 41(2). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200008>

Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American journal of community psychology*, 23(5), 569- 579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Quarteto Editora.

Pimentel, L. (2009). Quando a solidão está no meio da multidão: o papel dos assistentes sociais no desenvolvimento de estratégias de articulação entre as famílias e as instituições de acolhimento a pessoas idosas. *Intervenção Social*, 35, 241-249. <https://doi.org/10.34628/zxy4-4c23>

Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. *Textos e contextos*, 9(2), 251-263. <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527167007.pdf>

Pinto, C. (2013). Uma prática de *empowerment* com adultos idosos. In M. I., Carvalho (Ed.), *Serviço Social no envelhecimento*. Pactor.

Quaresma, I. R. (2008). *O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto].

Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7258>

Quivy, R., & Campenhoutd, L. V. (2013). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.

Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social gerontológico: contextos e práticas profissionais. In M. I., Carvalho (Ed.), *Serviço Social no envelhecimento*. Pactor.

Robertis, C. (2011). *Metodologia de intervenção em trabalho social*. Porto Editora.

Rodrigues, E. (2010). O estado e as políticas sociais em Portugal: discussão teórica e empírica em torno do rendimento social de inserção. *Revista da Faculdade de Letras*, 20, 191-230. <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/8794.pdf>

Salgueiro, H., & Lopes, M. (2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(1), 26-32. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vmB3zjZJ9TMy8NChTVxWJKK/?lang=pt>

Santiago, E. (2003). Trabajo social y animación sociocultural en el ámbito de la vejez. In M., García (Ed.), *Trabajo social en Gerontología* (pp. 259-273). Síntesis.

Schutt, K. (1999). *Investigating the social world: the process and practice of research*. Sage Publications, Inc.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lidel.

Silva, D. C. (2014). *Articulação da rede formal e informal no apoio ao idoso* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto]. Repositório Comum da Fundação Bissaya Barreto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28879>

Silva, R. F. (2012). *Vivências afetivas na terceira idade num contexto institucional. II ciclo de estudos em Gerontologia Social Aplicada* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13338>

Silveira, T. S. (2020). *O apoio social para a qualidade de vida da pessoa idosa* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/130917>

- Soares, F. V., Ribas, R. P., & Osório, R. G. (2007). Avaliando o impacto do programa bolsa família: uma comparação com programas de transferência condicionada de renda de outros países. *IPC Evaluation Note*, (1). [https://www.researchgate.net/publication/5129020\\_Avaliando\\_o\\_Impacto\\_do\\_Programa\\_a\\_Bolsa\\_Familia\\_Uma\\_Comparacao\\_com\\_Programas\\_de\\_Transferencia\\_Condicionada\\_de\\_Renda\\_de\\_outros\\_Paises](https://www.researchgate.net/publication/5129020_Avaliando_o_Impacto_do_Programa_a_Bolsa_Familia_Uma_Comparacao_com_Programas_de_Transferencia_Condicionada_de_Renda_de_outros_Paises)
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Ambar.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Pactor.
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., Matias, M. L., Ferreira, M. S., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais: documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. Docplayer. <https://docplayer.com.br/89203061-Medidas-de-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais.html>
- União das Misericórdias Portuguesas. (2021). *Respostas seniores do futuro: um modelo de respostas especializadas integradas*. [https://backoffice.ump.pt/files/files/Envelhecimento\\_UMP\\_Maio2021.pdf?fbclid=IwAR3bu6Ia90JVXSK2r09MzuEplGi2BZEibDWDpPakpiRz9T-2y5wTeX9qWEY](https://backoffice.ump.pt/files/files/Envelhecimento_UMP_Maio2021.pdf?fbclid=IwAR3bu6Ia90JVXSK2r09MzuEplGi2BZEibDWDpPakpiRz9T-2y5wTeX9qWEY)
- Vala, J. (1990). A Análise de Conteúdo. In A. Silva., & J. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Edições Afrontamento.
- Vallespir, J., & Morey, M. (2007). A participação dos idosos na sociedade: integração VS segregação. In A. R. Osório, & F. C. Pinto (Eds.), *Pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 225-252).
- Vaz, E. (2006). “*Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!*” – racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice – um estudo no norte de Portugal [Tese de Doutoramento, Universidade Aberta]. Repositório da Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/788>
- Veloso, E. (2004). *Políticas e contextos educativos para os idosos: estudo sociológico numa universidade de terceira idade em Portugal* [Tese de Doutoramento, Universidade

do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/908>

Vergara, S. C. (2010). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. Atlas.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.

Wanderbroocke, A. C. (2017). Idosas, rede social significativa e o enfrentamento da violência doméstica. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 22(1), 99-116.  
<https://doi.org/10.22456/2316-2171.59846>

## **LEGISLAÇÃO**

Decreto-Lei n.º 172-A/2014. (2014). Diário da República: I Série, n.º 221/2014.  
<https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2014-69878914>

Lei n.º 2021. (1963). Diário do Governo: I Série, n.º 169/1963.  
<https://dre.tretas.org/dre/101341/lei-2120-de-19-de-julho>

Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Diário da República: I Série, n.º 58/2012. <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>

## **APÊNDICES**



## Apêndice 1 – Guião de entrevista aplicado aos assistentes sociais

### GUIÃO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS ASSISTENTES SOCIAIS

Entrevista n.º \_\_

\_\_/\_\_/\_\_

#### **I – Caracterização do/a Assistente Social**

Género;

Idade;

Habilitações literárias e formação avançada na área (cursos especializados, pós-graduações...);

Anos de exercício da profissão;

Tempo de serviço na atual Instituição e na função/cargo atual.

#### **II – Caracterização da Instituição de enquadramento e elementos relativos à ERPI**

a)

Natureza jurídica;

Ano de Fundação;

Abrangência geográfica;

Respostas sociais de atuação;

N.º de colaboradores efetivos (dimensão aproximada);

b)

Ano de criação da ERPI;

Tipologia de serviços disponibilizados;

Capacidade da ERPI;

N.º de residentes/ocupação em ERPI;

N.º de colaboradores efetivos;

Composição das equipas (técnica e não técnica).

### **III – Caracterização geral das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI**

N.º de pessoas idosas em função do género e escalão etário (valores estimados);

Níveis de dependência das pessoas idosas (pessoa idosa autónoma, parcialmente dependente, dependente, grande dependente);

Caracterização geral da rede de suporte social das pessoas idosas e em termos de disponibilidade/presença na Instituição (que familiares mantêm proximidade com a pessoa idosa institucionalizada, periodicidade das visitas, disponibilidade para atividades organizacionais).

### **IV – Razões inerentes à entrada na Instituição**

Quais as principais razões que motivam a institucionalização das pessoas idosas na ERPI?  
Como se relacionam essas razões com a rede familiar?

De um modo geral, como caracteriza a procura à ERPI (iniciativa/escolha pela institucionalização, nível de consensualidade VS conflito)?

### **V – Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família**

Qual a sua perceção acerca do processo anterior à entrada na Instituição, em termos de preparação por parte da família, considerando a pessoa idosa (conhecimento prévio da família e pessoa idosa, visita à instituição, obtenção de informação da instituição, contactos institucionais...)?

Como caracteriza o envolvimento familiar nas fases que ditam a transição para a Instituição (candidatura, admissão, acolhimento, projeto de vida)?

Como analisa a importância do papel da família na vida da pessoa idosa institucionalizada (influência da institucionalização na manutenção da relação familiar, fatores que influenciam o envolvimento familiar, funções que preenche/tipo de apoio...)?

Que dinâmicas e/ou iniciativas/projetos organizacionais, suscitam a participação/envolvimento da família na Instituição, em termos de relação/proximidade com a pessoa idosa (épocas festivas, atividades lúdicas, espaços de visitas, espaços de reunião/atendimento/cuidado direto e indireto...)?

Qual a sua opinião acerca da participação dos familiares nas dinâmicas e/ou iniciativas organizacionais (a diferentes níveis) e razões para a eventual não participação?

#### **VI – Intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família**

Quais os princípios/valores que orientam a sua intervenção junto das pessoas idosas na Instituição (qualidade de vida, respeito pela autodeterminação...)?

Que práticas interventivas desenvolve junto das famílias das pessoas idosas institucionalizadas (atos profissionais – apresentação institucional, informação, avaliação da situação, acordo, ajuda/apoio/aconselhamentos...) e com que intencionalidade?

De que forma procura fortalecer/estimular a relação entre a pessoa idosa institucionalizada e a sua família dentro da Instituição (promoção de visitas, da comunicação com equipa, da participação no cuidado pessoal, como alimentação, mobilidade, do envolvimento com a comunidade, passeios...)?

Quais são as adversidades que encontra na promoção da relação entre a pessoa idosa institucionalizada e a sua família em contexto residencial?

Como considera que pode ser potenciada a relação das pessoas idosas institucionalizadas com a sua família, na Instituição (nível políticas, nível organizacional, nível utentes/famílias) e qual o seu papel neste âmbito?

## Apêndice 2 – Guião de entrevista aplicado às pessoas idosas institucionalizadas

### GUIÃO DE ENTREVISTA DIRIGIDO ÀS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Entrevista n.º \_\_

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### **I – Caracterização da pessoa idosa institucionalizada**

Género;

Idade;

Estado civil;

Escolaridade;

Principal profissão exercida na vida ativa;

Tipologia de rendimento auferido;

Tempo de residência na Instituição;

Perceção da situação de saúde;

Caracterização do agregado familiar antes da entrada para a ERPI;

Caracterização da rede familiar de proximidade (que familiares diretos, importância, que familiares visitam, periodicidade das visitas).

#### **II – Razões inerentes à entrada na Instituição**

Quais as principais razões que levaram à sua institucionalização na ERPI?

Como foi tomada a iniciativa/escolha pela institucionalização (a decisão foi individual, da família/partilhada)?

Considera que pelo facto de estar numa Instituição isso influencia a sua relação com a sua família? Como?

### **III – Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família**

Antes de entrar para a Instituição que informação/apoio lhe foi prestado pela sua família (visita à instituição, informação sobre a instituição...)?

Aquando da ida para a Instituição esteve acompanhado/a pela sua família? Pode descrever esse acompanhamento?

Que importância tem a sua família nesta fase da sua vida em que está institucionalizado/a (funções/apoio...)?

Pode descrever como é que a sua família participa ou de que forma se envolve na Instituição, em atividades que são importantes para si (épocas festivas, atividades lúdicas, visitas, espaços de reunião/atendimento/cuidado direto e indireto...)?

Está satisfeito com o nível de envolvimento da sua família nas iniciativas realizadas? Porquê?

### **IV – Intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família**

Qual considera ser o papel/importância do/a assistente social junto da sua família (informação, apoio/aconselhamento...)?

Na sua opinião, qual é o contributo do/a assistente social para fortalecer a sua relação com o seu familiar, dentro da Instituição (promoção de visitas, da comunicação com outros profissionais, da participação no cuidado pessoal, como alimentação, mobilidade, do envolvimento com a comunidade, passeios...)?

Como pensa que pode ser reforçada a sua relação/proximidade com a sua família, na Instituição? Como pode o/a assistente social intervir a este respeito?

**Apêndice 3 – Guião de entrevista aplicado aos familiares de pessoas idosas institucionalizadas**

**GUIÃO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS FAMILIARES DE PESSOAS  
IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

Entrevista n.º \_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – Caracterização do/a familiar da pessoa idosa institucionalizada**

Género;

Idade;

Estado civil;

Habilitações literárias;

Profissão atual;

Composição do agregado familiar atual e anteriormente à entrada do familiar idoso na Instituição;

Tipo de parentesco/afinidade com a pessoa idosa;

Em termos de disponibilidade/presença na Instituição, que proximidade mantém com a pessoa idosa institucionalizada e qual a periodicidade das visitas?

**II – Razões inerente à entrada na Instituição**

Quais as principais razões que motivaram a institucionalização da pessoa idosa sua familiar? Essas razões tiveram relação com a rede familiar?

Como foi tomada a iniciativa/escolha pela institucionalização (interlocutores no processo de decisão, nível de consensualidade VS conflito)?

**III – Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família**

No período anterior à entrada para a Instituição, existiu algum tipo de preparação da sua/vossa parte (i.e., elementos da família), considerando a pessoa idosa (conhecimento prévio da família e pessoa idosa, visita à instituição, obtenção de informação da instituição, contactos institucionais...)?

Como descreve o envolvimento tido nas fases que ditam a transição para a Instituição (candidatura, admissão, acolhimento, projeto de vida)?

Qual a importância que atribui ao papel da família na vida da pessoa idosa institucionalizada (influência da institucionalização na manutenção da relação familiar, fatores que influenciam o envolvimento familiar, funções que preenche/tipo de apoio...)?

Costuma entrar em contacto com a Instituição por assuntos que se relacionam com o seu familiar (tipo de situações, modo de contacto, frequência...)?

Que dinâmicas e/ou iniciativas/projetos organizacionais, suscitam a sua/vossa participação/envolvimento na Instituição, em termos de relação/proximidade com a pessoa idosa sua familiar (épocas festivas, atividades lúdicas, espaços de visitas, espaços de reunião/atendimento/cuidado direto e indireto...)?

Qual a sua opinião acerca da participação dos familiares nas dinâmicas e/ou iniciativas organizacionais (a diferentes níveis) e razões para a eventual não participação?

#### **IV- Intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família**

Qual considera ser o papel do/a assistente social junto das famílias das pessoas idosas institucionalizadas (informação, apoio/aconselhamento...)?

Qual o contributo do/a assistente social no fortalecimento/estimulação da sua relação com o seu familiar, dentro da Instituição (promoção de visitas, da comunicação com a equipa, da participação no cuidado pessoal, como alimentação, mobilidade, do envolvimento com a comunidade, passeios...)?

Como considera que pode ser potenciada a relação das pessoas idosas institucionalizadas com a sua família, na Instituição (nível políticas, nível organizacional, nível utentes/famílias) e qual a importância do/a assistente social nessas vertentes?

#### Apêndice 4 – Pedido de autorização para realização do estudo

Ex.mo Sr. \_\_\_\_\_

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de entrevistas a assistentes sociais, pessoas idosas/utentes e familiares de pessoas idosas/utentes, ao abrigo da dissertação de mestrado em Serviço Social intitulada “O Serviço Social na relação com a pessoa idosa e família em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas”, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC).

Eu, Beatriz Soares da Costa, sou aluna do Mestrado em Serviço Social da FPCEUC, e estou a desenvolver um estudo conducente à elaboração de uma dissertação intitulada “O Serviço Social na relação com a pessoa idosa e família em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas”, o qual está a ser orientado pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz.

O referido estudo pretende compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, bem como as abordagens interventivas (de assistentes sociais) facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada. Neste âmbito, venho por este meio solicitar a colaboração da V. Ex.<sup>a</sup> na qualidade de \_\_\_\_\_, no sentido de autorizar a realização de entrevistas, à/ao profissional de Serviço Social, a duas pessoas idosas/utentes e a dois familiares de pessoas idosas/utentes, desde que obtido o devido consentimento por parte dos mesmos.

Mais informo que, os dados recolhidos salvaguardam o anonimato da instituição e dos participantes e a confidencialidade de informações, sendo utilizados para fins associados à produção da dissertação de mestrado e publicações científicas daí derivadas.

Agradecendo toda a colaboração e atenção dispensadas para com este meu pedido, gostaria de manifestar a minha total disponibilidade para quaisquer esclarecimentos que entendam ser necessários a este respeito.

Com os melhores cumprimentos,

Beatriz Costa

Vale de Cambra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

A responsável pelo estudo,

Beatriz Costa



**Pedido de autorização ao Ex.mo Senhor \_\_\_\_\_**

Eu \_\_\_\_\_ na qualidade de

\_\_\_\_\_

autorizo que a mestranda Beatriz Soares da Costa, aluna do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra proceda à realização de entrevistas a profissionais (assistente social), a pessoas idosas/utentes e a familiares de pessoas idosas/utentes, desde que obtido o devido consentimento por parte dos mesmos, para efeitos de desenvolvimento do seu estudo intitulado “O Serviço Social na relação com a pessoa idosa e família em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas”.

O \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Apêndice 5 – Consentimento informado dirigido aos assistentes sociais

### Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo

#### - Assistentes Sociais -

**Título do estudo:** O Serviço Social na relação com a pessoa idosa e família em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

**Responsável pelo estudo:** Beatriz Soares da Costa. Contactos: 910419585; [beatrizcostaa1307@gmail.com](mailto:beatrizcostaa1307@gmail.com).

**Orientação:** Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz.

**Enquadramento do estudo:** Trata-se de um estudo conducente à elaboração de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O estudo, de natureza qualitativa, assume como principais objetivos, compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e compreender as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada. A condução deste estudo implica a realização de entrevistas semiestruturadas (com duração aproximada de 45 minutos), contemplando perguntas abertas e fechadas, sendo as mesmas gravadas para posterior transcrição, análise de informação e inscrição de depoimentos no trabalho final da dissertação.

**Confidencialidade e Anonimato:** A participação no estudo é voluntária, podendo o participante interromper e/ou desistir de participar no mesmo, em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação e sem que qualquer prejuízo recaia sobre si. Todos os dados recolhidos salvaguardam o anonimato dos participantes e a confidencialidade necessária de informações, sendo utilizados para fins associados à produção da dissertação de mestrado e publicações científicas daí derivadas.

Eu \_\_\_\_\_ declaro ter lido o presente documento e compreendido a natureza e objetivos do estudo acima mencionado, tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos relativos ao mesmo e à entrevista que lhe está subjacente. Neste sentido, declaro que aceito de livre e espontânea vontade participar

neste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem que tal implique algum prejuízo para mim e permito o uso da informação por mim transmitida, a qual autorizo que seja gravada, para efeitos da inscrição dos depoimentos na produção da dissertação e inerente produção científica. Declaro ainda que foi garantido o meu anonimato enquanto participante deste estudo e a necessária confidencialidade dos dados transmitidos.

Assinatura do(a) entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da responsável pelo estudo *Beatriz Costa*

## Apêndice 6 – Consentimento informado dirigido às pessoas idosas

### Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo

#### - Pessoas idosas -

**Título do estudo:** O Serviço Social na relação com a pessoa idosa e família em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

**Responsável pelo estudo:** Beatriz Soares da Costa. Contactos: 910419585; [beatrizcostaa1307@gmail.com](mailto:beatrizcostaa1307@gmail.com).

**Orientação:** Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz.

**Enquadramento do estudo:** Trata-se de um estudo conducente à elaboração de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O estudo, de natureza qualitativa, assume como principais objetivos, compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e compreender as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada. A condução deste estudo implica a realização de entrevistas semiestruturadas (com duração aproximada de uma hora), contemplando perguntas abertas e fechadas, sendo as mesmas gravadas para posterior transcrição, análise de informação e inscrição de depoimentos no trabalho final da dissertação.

**Confidencialidade e Anonimato:** A participação no estudo é voluntária, podendo o participante interromper e/ou desistir de participar no mesmo, em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação e sem que qualquer prejuízo recaia sobre si. Todos os dados recolhidos salvaguardam o anonimato dos participantes e a confidencialidade necessária de informações, sendo utilizados para fins associados à produção da dissertação de mestrado e publicações científicas daí derivadas.

Eu \_\_\_\_\_ declaro ter lido o presente documento e compreendido a natureza e objetivos do estudo acima mencionado, tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos relativos ao mesmo e à entrevista que lhe está subjacente. Neste sentido, declaro que aceito de livre e espontânea vontade participar

neste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem que tal implique algum prejuízo para mim e permito o uso da informação por mim transmitida, a qual autorizo que seja gravada, para efeitos da inscrição dos depoimentos na produção da dissertação e inerente produção científica. Declaro ainda que foi garantido o meu anonimato enquanto participante deste estudo e a necessária confidencialidade dos dados transmitidos.

Assinatura do(a) entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da responsável pelo estudo Beatriz Costa

## Apêndice 7 – Consentimento informado dirigido aos familiares de pessoas idosas

### Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo

#### - Familiares de pessoas idosas -

**Título do estudo:** O Serviço Social na relação com a pessoa idosa e família em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

**Responsável pelo estudo:** Beatriz Soares da Costa. Contactos: 910419585; [beatrizcostaa1307@gmail.com](mailto:beatrizcostaa1307@gmail.com).

**Orientação:** Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz.

**Enquadramento do estudo:** Trata-se de um estudo conducente à elaboração de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O estudo, de natureza qualitativa, assume como principais objetivos, compreender o envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e compreender as abordagens interventivas facilitadoras do envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa institucionalizada. A condução deste estudo implica a realização de entrevistas semiestruturadas (com duração aproximada de 45 minutos), contemplando perguntas abertas e fechadas, sendo as mesmas gravadas para posterior transcrição, análise de informação e inscrição de depoimentos no trabalho final da dissertação.

**Confidencialidade e Anonimato:** A participação no estudo é voluntária, podendo o participante interromper e/ou desistir de participar no mesmo, em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação e sem que qualquer prejuízo recaia sobre si. Todos os dados recolhidos salvaguardam o anonimato dos participantes e a confidencialidade necessária de informações, sendo utilizados para fins associados à produção da dissertação de mestrado e publicações científicas daí derivadas.

Eu \_\_\_\_\_ declaro ter lido o presente documento e compreendido a natureza e objetivos do estudo acima mencionado, tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos relativos ao mesmo e à entrevista que lhe está subjacente. Neste sentido, declaro que aceito de livre e espontânea vontade participar

neste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem que tal implique algum prejuízo para mim e permito o uso da informação por mim transmitida, a qual autorizo que seja gravada, para efeitos da inscrição dos depoimentos na produção da dissertação e inerente produção científica. Declaro ainda que foi garantido o meu anonimato enquanto participante deste estudo e a necessária confidencialidade dos dados transmitidos.

Assinatura do(a) entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da responsável pelo estudo *Beatriz Costa*

## Apêndice 8 – Análise de conteúdo das entrevistas dirigidas aos assistentes sociais

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Unidade de Enumeração
<b>Razões inerentes à entrada na Instituição</b>	Principais razões para a institucionalização	Deterioração do estado de saúde	<p>“(…) perda de autonomia (…)” <b>AS1</b></p> <p>“(…) o aumento do grau de dependência” <b>AS3</b></p> <p>“(…) incapacidade para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária” <b>AS4</b></p> <p>“(…) não podia, andava sempre aos tombos, não tomava os medicamentos como era devido (…)” <b>PI1</b></p> <p>“(…) não tinha visão, sofre de miopia, está muito mal da visão (…)” <b>F1</b></p> <p>“Ela estava muito debilitada e morava sozinha com o meu pai (…)” <b>F3</b></p> <p>“(…) ele paralisou (… ) tem dias que se lembra das coisas, tem outros que não se lembra de nada” <b>F4</b></p> <p>“(…) um AVC hemorrágico (… ) só tem mobilidade a nível direito” <b>F7</b></p> <p>“Ela encamou, está demente (…)” <b>F8</b></p>	9
		Isolamento social e viver sozinho/a	<p>“(…) isolamento social por ausência dos familiares” <b>AS2</b></p> <p>“Por estar sozinha (…)” <b>PI2</b></p> <p>“(…) eu praticamente não tinha vizinhos e lembrei-me que se me acontecesse alguma coisa não tinha socorro de ninguém” <b>PI3</b></p> <p>“Os meus filhos não queriam que eu estivesse sozinha e eu também não podia (…)” <b>PI5</b></p> <p>“Foi a minha situação de estar sozinha, depois de ter caído não podia estar sozinha e nem tinha casa de banho dentro de casa, era fora (…)” <b>PI6</b></p> <p>“(…) eu não podia estar sozinha e o meu filho também não podia tomar conta de mim porque a mulher é doente” <b>PI7</b></p>	9



	<p>“Para ela não estar sozinha em casa (...) não conseguia ter apoio nem durante o dia nem durante a noite, deixou de conseguir fazer as coisas sozinha (...)” <b>F2</b></p> <p>“Ela vivia só (...)” <b>F5</b></p> <p>“Foi o problema do covid, de estar sozinha (...)” <b>F6</b></p>		
	Relacionamentos desfavoráveis no espaço doméstico	“(...) eu não podia estar onde estava, porque era muito trabalho, tratavam-me (...) e chamavam-me nomes” <b>PI4</b>	1
	Indisponibilidade de terceiros	“Foi a minha nora (...) ex-nora (...) não vim para aqui por estar doente, vim por causa dela” <b>PI8</b>	1
Relação entre as razões para a institucionalização e a rede familiar	Indisponibilidade devido à profissão	“(...) os filhos estarem ocupados com o trabalho, sem tempo para garantir o apoio necessário aos pais” <b>AS1</b>	7
		“(...) algumas situações de pessoas que não querem dar trabalho aos filhos (...) cada vez as pessoas trabalham até mais tarde, não têm disponibilidade para cuidar dos pais” <b>AS3</b>	
		“(...) devido ao trabalho (...)” <b>AS4</b>	
		“Nós [família] não conseguíamos dar apoio à noite (...) na altura em que ela veio para aqui as pessoas trabalhavam, agora já estão mais livres” <b>F2</b>	
		“(...) ele [pai] também precisa de ajuda e não conseguia cuidar da minha mãe (...) nós [família] não conseguíamos, não podíamos sair do nosso trabalho” <b>F3</b>	
		“(...) toda a gente [família] trabalhava e agora para arranjar alguém também não é fácil, a minha mãe não quer qualquer pessoa” <b>F6</b>	
		“(...) eu e a minha irmã trabalhamos as duas” <b>F7</b>	
	Problemas de saúde	“O problema de visão tornou-o dependente de mim, precisava de mim para tudo e eu já tenho alguma idade (...) não havia condições para o estado de saúde em que se encontrava” <b>F1</b>	2
		“(...) a minha irmã com problemas de coração, eu com problemas de intestinos e ossos, a gente não podia estar sozinhas com ela em casa (...)” <b>F8</b>	
	Emigração ou migração	“(...) por emigração ou migração” <b>AS2</b>	1

Iniciativa pela institucionalização	Familiares próximos	<p>“Na maior parte são os familiares (...)” <b>AS1</b></p> <p>“(...) normalmente, parte da família” <b>AS3</b></p> <p>“(...) principalmente da família” <b>AS4</b></p> <p>“Foi a minha ex-nora que decidi (...)” <b>PI8</b></p> <p>“Fui eu (...)” <b>F4</b></p> <p>“(...) foi a minha mulher, que é filha” <b>F5</b></p> <p>“Fui eu e a minha irmã (...)” <b>F7</b></p> <p>“Eu e a minha irmã (...)” <b>F8</b></p>	8
	Utente	<p>“A maior parte dos nossos utentes já eram utentes noutras respostas sociais, os quais mostravam na sua maioria interesse em integrar (...)” <b>AS2</b></p> <p>“Fui eu que escolhi vir para aqui (...)” <b>PI3</b></p> <p>“Eu é que decidi vir para aqui (...)” <b>PI4</b></p> <p>“A iniciativa partiu dela (...)” <b>F2</b></p> <p>“A decisão a bem dizer até foi dela, porque ela viu que já não podia (...)” <b>F6</b></p>	5
	Familiares próximos e utente	<p>“Fomos as duas [pessoa idosa e filha]” <b>PI1</b></p> <p>“Foram os filhos, foram todos (...) e eu também quis vir” <b>PI2</b></p> <p>“Fomos os dois [pessoa idosa e filho] (...)” <b>PI7</b></p> <p>“(...) o meu pai [pessoa idosa], eu e os meus irmãos” <b>F3</b></p>	4
Consensualidade VS conflitualidade	Relação consensual	<p>“(...) quando existente, contam com o apoio da família” <b>AS2</b></p> <p>“A maior parte é decisão partilhada (...)” <b>AS3</b></p> <p>“A procura à ERPI por norma é consensual entre familiar e utentes (...)” <b>AS4</b></p> <p>“Foi tudo de acordo (...) o meu irmão aceitou logo, não houve nenhum problema” <b>F1</b></p> <p>“(...) a decisão foi unânime, toda a gente concordou” <b>F2</b></p> <p>“(...) ele aceitou logo, pois se ele não quisesse não o podia obrigar” <b>F4</b></p> <p>“A mulher aceitou muito bem, disse-lhe e ela quis vir” <b>F5</b></p> <p>“(...) foi tudo da mesma opinião, ela nunca foi obrigada a nada” <b>F6</b></p> <p>“Inicialmente, não foi fácil (...) mas com o tempo chegamos a acordo” <b>F7</b></p>	10

			“(…) não houve conflitos nenhuns” <b>F8</b>	
		Melhoria da relação	“(…) ficou melhor, eu estou muito contente e eles também” <b>PI5</b> “(…) o carinho que ele me dá e como fala para mim, acho que melhorou” <b>PI8</b>	2
	Influência na relação pessoa idosa-família	Manutenção da relação	“A nossa relação manteve-se, nem melhorou nem piorou, porque eles [filhos] são muito meus amigos” <b>PI2</b> “Está igual, eles [filhos] vêm cá todos oito dias e às vezes vêm os netos” <b>PI3</b> “Continuo a ter uma boa relação, a minha filha telefona todos os dias, eles [filhos] telefonam-me de vez em quando (…)” <b>PI6</b> “Ficou igual, ele [filho] é preocupado e quando eu vim para aqui ele não queria muito (…)” <b>PI7</b>	4
		Obtenção de conhecimento prévio	“(…) num primeiro momento, a família dirige-se à instituição à procura de uma resposta (…)” <b>AS1</b> “Exceto os utentes das vagas sociais, vieram com um conhecimento prévio de como funcionava a instituição (…)” <b>AS2</b> “Sim, pois isso teve de ser falado antes de ele vir para cá (….) ele não veio visitar por estar numa cadeira de rodas, mas eu visitei e já conhecia (…)” <b>F4</b>	3
<b>Processo de institucionalização, “vivência” institucional e família</b>	Preparação da família no processo que antecede a institucionalização	Conhecimento derivado da familiaridade com o centro de dia e SAD	“(…) ela já estava aqui dentro, já estava aqui durante o dia, conhecia isto melhor que nós (…)” <b>F2</b> “(…) eu já conhecia isto e ela veio aqui algumas vezes visitar a minha mãe, tinha uma ideia” <b>F5</b> “Ela já conhecia, já andava no centro de dia (…)” <b>F6</b> “(…) eu já vinha do centro de dia, já conhecia e gostava” <b>PI1</b> “(…) falaram comigo [filhos], porque tinha de ser, também já conhecia a instituição, vinha visitar umas amigas (…)” <b>PI2</b> “Os meus filhos vieram aqui comigo (….) eles não falaram comigo sobre a instituição porque eu já conhecia, já estava a comer daqui há uns poucos anos e a minha senhora andava aqui no centro de dia” <b>PI3</b> “Eu já conhecia a instituição porque já tinha vindo para o centro de dia (….) ninguém me prestou informação nenhuma” <b>PI4</b>	10

		<p>“Eles [filhos] viram as outras a vir para aqui e já vinha lá para casa o comer para mim há algum tempo, depois pediram para eu ir para o centro de dia e só depois é que vim para aqui (...)” <b>PI5</b></p> <p>“Eu conhecia a instituição porque esteve aqui uma parceira minha e vim cá visitá-la (...) o meu genro dizia-me que isto era muito bom” <b>PI6</b></p> <p>“(...) eu conhecia isto porque já estava aqui no centro de dia” <b>PI8</b></p>	
	Obtenção de informação	<p>“(...) conhece o regulamento interno e determinados aspetos importantes do idoso, faz-se um contrato de alojamento e prestação de serviços (...)” <b>AS1</b></p> <p>(...) aos utentes que não vinham de nenhuma resposta social da instituição, tanto o idoso como a família têm acesso a toda a informação que consta no regulamento interno (...)” <b>AS2</b></p> <p>“(...) explicar o funcionamento, os serviços que nós temos, peço sempre que possível para trazerem o idoso também para conhecer, para se ir ambientando” <b>AS3</b></p>	3
	Realização de visita institucional	<p>“(...) e uma visita pela instituição e pelo quarto” <b>AS1</b></p> <p>“(...) é-lhes proporcionado uma visita à instituição” <b>AS2</b></p> <p>“(...)eu tenho sempre esse cuidado de mostrar as instalações” <b>AS3</b></p>	3
	Inexistência de preparação	<p>“Posso dizer que se calhar não houve (...)” <b>F3</b></p> <p>“Não, não houve (...)” <b>F7</b></p> <p>“(...) ela está demente (...)” <b>F8</b></p>	3
Envolvimento familiar durante a transição para a Instituição	Bom envolvimento no processo de integração	<p>“(...) um bom envolvimento, a família após o acolhimento do idoso continua a fazer parte das relações com o idoso” <b>AS1</b></p> <p>“Quando chegam e fazem a inscrição estão muito disponíveis (...) aqueles que tem um boa relação, telefonam com frequência (...)” <b>AS2</b></p> <p>“Geralmente, envolvem-se muito na fase inicial (...)” <b>AS3</b></p> <p>“Eu estive e estou sempre presente, desde o início até agora, e vou estar sempre (...) eu venho visitá-lo todas as semanas desde que veio para aqui (...)” <b>F1</b></p> <p>“(...) a entrada foi normal, foi uma transição muito rápida, assinamos um contrato, ela trouxe o que queria de casa (...) eu andei sempre lá a</p>	16

ajudar. Ela esteve sempre acompanhada nas fases todas (...) depois de ela cá estar, nós [família] vínhamos às visitas” **F2**  
 “(...) acho que foi um bom envolvimento, estive sempre presentes em todas as fases” **F3**  
 “(...) acho que foi bom, não tive problemas nenhuns, fiz todos os requisitos que pediram, sou a única pessoa a falar e a poder, sou a responsável pelo meu pai, estive sempre aqui” **F4**  
 “Foi um bom envolvimento, foi mesmo, estive sempre presente (...) e continuo a estar com ela todos os domingos, todos os dias ligo de manhã a ver como está” **F6**  
 “(...) nós começamos a fazer visitas diárias assim que nos foi possível (...) acho que foi um bom envolvimento, foi e é” **F7**  
 “Eu estou sempre presente, estive e estou, ela também cuidou de nós, foi uma boa mãe (...)” **F8**  
 “(...) eu estive e estou sempre acompanhada pela minha filha, foi um acompanhamento muito bom, sempre” **PI1**  
 “Sempre pelos dois rapazes e pelos outros também (...) uma maravilha, tenho uns filhos muito bons, eles estão aqui para o que eu precisar, ligam-me e falam muito com a Doutora” **PI2**  
 “Sempre, graças a deus, quanto a isso não me posso queixar de nada, eles [filhos] são bons até demais” **PI3**  
 “(...) sempre acompanhada, acompanharam-me bem, são muito meus amigos os meus filhos (...) foi um acompanhamento muito bom, a minha filha telefona-me todos os dias e trata de tudo” **PI5**  
 “A minha filha acompanhou-me, é a que trata de tudo, a que me acompanha sempre (...) ela liga-me sempre todos os dias ao fim da tarde” **PI6**  
 “Estive sempre acompanhada, ele [filho] dá-me sempre força e eu a ele (...)” **PI7**

Importância do papel da família na vivência das pessoas idosas em Instituição

Proximidade beneficia a vivência institucional

“(...) muitas vezes até pode melhorar, porque se a pessoa estiver bem, a família também está bem (...)” **AS1**  
 “É muito importante no sentido em que se os idosos sentem que a família está presente e se interessa, que vêm visitar, eles estão mais

7

---

	<p>felizes, mais satisfeitos, que nos facilita o trabalho (...) de uma forma geral a relação melhora, porque a família deixa de ter a sobrecarga de cuidar (...)” <b>AS3</b></p> <p>“O meu irmão ter vindo para aqui foi muito bom tanto para ele como para mim, a nossa relação continua boa (...)” <b>F1</b></p> <p>“(...) é bastante importante, ela está sempre à espera que uma pessoa venha (...) depois de ela ser institucionalizada a nossa relação manteve-se igual, não mudou nem para pior nem para melhor, ficou igual (...)” <b>F2</b></p> <p>“Eu penso que ela vendo-me aqui sente-se mais protegida, confortável (...) para ela acho que tenho um papel muito importante, dou-lhe algum suporte aqui na instituição (...) unimo-nos mais, a gente tem de se pôr no lugar deles (...)” <b>F3</b></p> <p>“É extremamente importante (...) não havia razões nenhuma para nos afastar, até hoje mais, temos mais proximidade, estamos sempre atentos ao que ela diz (...)” <b>F5</b></p> <p>“Nós como tínhamos uma relação muito próxima não influenciou (...) acho que é muito importante ela nos ver com as limitações que tem (...)” <b>F7</b></p>
<p>Apoio diverso (diálogo/comunicação; acompanhamento a consultas e orientação a nível de outros assuntos)</p>	<hr/> <p>“(...) tem um papel importante, mantendo o contacto através de visitas, idas a casa (...)” <b>AS1</b></p> <p>“(...) nós tentamos sempre que possível incentivar que a família continue a fazer o acompanhamento de consultas, não fazerem só visitas, que levem o idoso a passear um bocadinho, tentamos fazer atividades” <b>AS3</b></p> <p>“A família é sem dúvida muito importante na vida da pessoa institucionalizada (...) procuramos sempre sensibilizar a manutenção do vínculo aos seus familiares na perspectiva de manterem visitas regulares” <b>AS4</b></p> <p>“Muita importância (...) ela dá-me muito apoio, faz tudo o que é preciso, vai à farmácia pagar os medicamentos, é ela que me trata de tudo (...)” <b>PI1</b></p>

---

Contactos realizados pela família com a Instituição	Presencial	<p>“(…) muita importância, se for preciso alguma coisa eles [filhos] ajudam, vêm-me visitar, eles apoiam-me em tudo” <b>PI2</b></p> <p>“Têm a importância toda, os meus filhos são meus amigos, tratam de tudo o que for preciso (…)” <b>PI3</b></p> <p>“Muita, não tenho nada a dizer se não bem (….) prestam [filhos] apoio em tudo o que eu precisar, ligam-me, tratam de tudo” <b>PI5</b></p> <p>“São muito importantes para mim, os meus filhos e a minha filha apoiam-me em tudo” <b>PI6</b></p> <p>“É tudo, muito importante (….) é ele [filho] que trata de tudo, está tudo entregue a ele, apoia-me sempre” <b>PI7</b></p> <p>“É o meu mundo [filho], apoia muito em carinho e ajuda no que pode” <b>PI8</b></p> <p>“(…) o apoio que lhe dou é só através das visitas e às vezes trago-lhe um bolo (….) temos uma relação ótima, muito íntima” <b>F1</b></p> <p>“(…) o apoio que lhe damos é através das visitas e na altura do natal e assim ela vai a casa” <b>F2</b></p> <p>“(…) todos os dias quando chego vou sempre à beira dela e quando vou embora também vou, tento sempre falar de alguma coisa” <b>F3</b></p> <p>“(…) venho só visitá-lo, pois a gente aqui paga e elas [funcionárias] fazem tudo” <b>F4</b></p> <p>“(…) apoio, o que ela quer, o que ela quiser, ir ao médico, comprar coisas que precise, nestas coisas estou sempre presente, ela sente-se apoiada” <b>F5</b></p> <p>“(…) eu trato de tudo, tudo o que ela precisa sou eu, é tudo para mim, estou pronta para o que ela precisa” <b>F6</b></p> <p>“(…) nós continuamos a fazer o acompanhamento a consultas, peço sempre para ser eu a dar o lanche, é estar um bocadinho presente no tempo dela” <b>F7</b></p> <p>“(…) eu venho aqui semanalmente, vejo se ele está bem, também falo sempre com a Doutora [assistente social] e com as funcionárias (….) se me chamarem quando ele está mal, quando vai para o hospital ou quando acontece algum imprevisto, eu venho logo” <b>F1</b></p>	5
---	------------	---	---

Dinâmicas organizacionais que suscitam o envolvimento da família		<p>“Quando eu vejo que é preciso alguma coisa venho cá (...) quando venho cá às visitas, todas as semanas, já aproveito para falar, quando tenho alguma dúvida ou assim” <b>F2</b></p> <p>“Sempre que é preciso alguma coisa (...) sempre presencial, porque lá está, trabalho aqui” <b>F3</b></p> <p>“Eu tento tratar sempre tudo presencialmente, porque como eu venho aqui não é difícil (...) todos os dias pergunta se está tudo bem às funcionárias” <b>F7</b></p> <p>“Quando é preciso falamos com o Doutor [assistente social], sempre presencial (...) todas as semanas eu venho aqui e falo” <b>F8</b></p>	
	Via telefónica	<p>“Quando é preciso ligo (...) para marcar as visitas, uma vez por semana” <b>F4</b></p> <p>“(…) é mais a minha mulher, só em casos excecionais (...) por via telefónica (...)” <b>F5</b></p> <p>“Telefone para aqui ao fim-de-semana para a vir buscar e trazer (...) e em situações de emergência” <b>F6</b></p>	3
	Espaços de visitas	<p>“Para além das visitas (...)” <b>AS1</b></p> <p>“(…) visitas, oportunidade de a família poder levar o idoso para fora da instituição (...)” <b>AS2</b></p> <p>“(…) para além das visitas” <b>AS3</b></p> <p>“Eles [filhos] vêm cá visitar-me (...)” <b>PI2</b></p> <p>“(…) vou lá baixo falar com eles, numa sala” <b>PI3</b></p> <p>“(…) nas visitas (...)” <b>F2</b></p> <p>“(…) também vimos aqui visitá-la todas as semanas (...)” <b>F3</b></p> <p>“(…)eu venho mais às visitas (...)” <b>F4</b></p> <p>“Passa pelas visitas (...)” <b>F7</b></p>	9
	Atividades lúdicas	<p>“(…)atividades intergeracionais” <b>AS2</b></p> <p>“(…) têm feito algumas atividades mas às vezes quem vem é o meu filho (...)” <b>F4</b></p>	2
	Épocas festivas	<p>“às vezes há uma festa ou outra que envolve a comunidade (...)” <b>AS1</b></p> <p>“(…) comemorações de datas festivas (...)” <b>AS3</b></p> <p>“(…) as festas anuais (...) no dia da família, na páscoa, no natal, é mais nesses períodos (...)” <b>AS4</b></p>	6



			<p>“(…) quando há festas eles vêm e quando há reuniões também (…)”  <b>PI2</b>  “(…) veio aqui na páscoa, traz-me sempre coisas” <b>PI7</b>  “(…) na festa anual, em épocas festivas (…)” <b>F2</b></p>	
		Acompanhamento de consultas	<p>“(…)acompanhamento de consultas” <b>AS3</b>  “(…) faço o acompanhamento às consultas (…)” <b>F7</b></p>	2
	Satisfação da pessoa idosa com o envolvimento da sua família	Estreitamento de vínculos familiares	<p>“Estou muito satisfeita, a minha filha é muito minha amiga, não me falta com nada e eu gosto que ela participe nas coisas” <b>PI1</b>  “Ai estou muito satisfeita, estou satisfeita por tudo, mas uma das razões é pelo amor entre nós” <b>PI2</b>  “Estou completamente satisfeito, porque eles [filhos] não podiam vir mais, todos os oito dias chega bem (…)” <b>PI3</b>  “(…) com a minha amiga estou, estou muito contente, porque a gente sempre que tem alguém é o nosso lar” <b>PI4</b>  “Estou, muito satisfeita (… ) porque eu gosto disto tudo e é perto dos meus filhos” <b>PI5</b>  “Estou satisfeita, tenho de estar (… ) porque a minha filha ajuda-me em tudo (…)” <b>PI6</b>  “Estou, não posso pedir mais, estou satisfeita porque ele [filho] é muito meu amigo (…)” <b>PI7</b></p>	7
<b>Intervenção profissional na relação, pessoa idosa institucionalizada e família</b>	Princípios/valores que orientam a intervenção junto das pessoas idosas	Direitos humanos e qualidade de vida	<p>“(…) suprir o isolamento, exclusão e marginalização social, promover o respeito pelos direitos dos utentes, a autoestima e segurança (…)”  <b>AS1</b>  “A instituição orienta sempre a sua atuação de forma ética e individualizada nas diferentes abordagens aos serviços que presta, respeitando as suas orientações sexuais e religiosas” <b>AS2</b>  “(…) respeito pela dignidade da pessoa, pela privacidade, nós temos um esquema de afetação (… ) tento conversar um bocadinho com eles, tentamos dedicar tempo, máxima atenção e qualidade de vida” <b>AS3</b>  “A nossa atuação deve ser sempre humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação (… ) a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos”  <b>AS4</b></p>	4

Práticas interventivas desenvolvidas junto das famílias	Prestação de informação/orientaçã o	<p>“(…) tento sempre trabalhar a relação de confiança com o familiar, informo sobre tudo o que é necessário” <b>AS2</b></p> <p>“Eu dou total abertura às famílias para colocarem alguma dúvida, se tiverem algum problema, alguma insatisfação, alguma reclamação (…)” <b>AS4</b></p> <p>“(…) a senhora Doutora informa sobre tudo e liga à minha filha (…)” <b>PI1</b></p> <p>“(…) tudo o que acontece é informado (…)” <b>PI3</b></p> <p>“Quando o meu filho telefona é respeitado, ele telefona sempre antes de me vir buscar e o Doutor [assistente social] liga a informar de tudo o que se passa comigo ou quando é preciso” <b>PI8</b></p> <p>“A Doutora [assistente social] faz um papel ótimo, faz tudo o que for preciso, dá-me as informações todas e marca-me as visitas no início do mês para todas as sextas-feiras até ao final do mês (…)” <b>F1</b></p> <p>“(…) ela [assistente social] teve um papel bom em todas as fases, foi tudo junto dela, informou sobre tudo e foi tudo encaminhado (…)” <b>F5</b></p> <p>“(…) o Doutor [assistente social] pôs-nos à vontade, foi-nos dizendo como é que funcionava tudo e diz sempre que quando for preciso alguma coisa para lhe dizer (…)” <b>F7</b></p>	8
	Estimulação do contacto pessoa idosa-familiar	<p>“(…) depois, o idoso estando cá, nós vamos mantendo o contacto com a família sempre que acontece alguma coisa (…)” <b>AS1</b></p> <p>“Nós vamos fazendo sempre contacto quando achamos que alguma coisa está menos bem, tentamos envolver a família na resolução de problemas, as famílias ficam com o meu contacto e o contacto da enfermagem (…)” <b>AS3</b></p> <p>“(…) entra em contacto comigo sempre que é preciso (…)” <b>F4</b></p> <p>“(…) telefona, está sempre disposto (…)” <b>F8</b></p>	4
	Diálogo/comunicaçã o	<p>“Conversam se for preciso alguma coisa (…)” <b>PI1</b></p> <p>“Ela [assistente social] fala muito com eles [filhos] (…)” <b>PI2</b></p> <p>“A Doutora ajuda no que é preciso, fala com eles [filhos]” <b>PI5</b></p> <p>“(…) fala sempre comigo” <b>F1</b></p>	4
	Apoio/aconselhamen to	<p>“(…) está sempre pronta para ajudar” <b>PI1</b></p> <p>“(…) também me apoia” <b>PI3</b></p>	6

		<p>“(…) ela está sempre ao meu lado” <b>PI4</b></p> <p>“(…)apoia toda a gente, já me tem apoiado a mim, apoia o meu filhos (…)” <b>PI7</b></p> <p>“(…) quando uma pessoa precisa de saber alguma coisa, ela [assistente social] está sempre pronta para ajudar, tem sido um papel bom, positivo (….) está sempre disponível” <b>F2</b></p> <p>“(…) alguma coisa que a gente [família] precise, ela ajuda (….) aconselha-me e é muito atenciosa” <b>F6</b></p>	
		<p>“(…) através das visitas (….)” <b>AS1</b></p> <p>“É solicitados aos familiares a sua participação nas visitas (….)” <b>AS2</b></p> <p>“Procuramos, sempre que possível, que os nossos utentes possam participar na vida da estrutura residencial (….) geralmente, através de visitas” <b>AS4</b></p> <p>“(…) tenho visitas de vez em quando (….) eu vou a casa e eles [familiares] vem aqui” <b>PI1</b></p> <p>“Tenho aqui as visitas na instituição (….)” <b>PI2</b></p> <p>“É só as visitas (….)” <b>PI3</b></p> <p>“(…) às vezes, eles [filhos] vêm aqui e estamos na salinha de visitas a conversar” <b>PI6</b></p> <p>“É as visitas, que é o meu conforto (….)” <b>F1</b></p> <p>“(…) as visitas aqui na instituição e ela vai a casa de vez em quando (….)” <b>F2</b></p> <p>“É só através das visitas (….)” <b>F8</b></p>	
Formas para fortalecer a relação pessoa idosa-família	“Estímulo” a uma maior regularidade das visitas		10
	Envolvimento da família em atividades festivas	<p>“(…) e das épocas festivas ou de alguma atividade que haja da comunidade” <b>AS1</b></p> <p>“(…) também temos as festas” <b>PI2</b></p> <p>“(…) os jantares de final do ano” <b>F4</b></p>	3
	Realização de atividades lúdicas	“(…) atividades de animação e lúdico-recreativas, aniversários, festas locais (….)” <b>AS2</b>	1
	Relação de proximidade com a equipa (técnica e não técnica)	“(…) a família tem alguma abertura para falar com a equipa, no caso dos utentes mais dependentes os familiares podem vir acompanhar as refeições” <b>AS3</b>	6

		“(…) o meu filho fala com toda a gente aqui e vem a todas as atividades para me ver” <b>PI7</b>	
		“(…) também falo com a equipa e com as funcionárias” <b>F1</b>	
		“(…) podemos falar com a enfermeira e a animadora sempre que quisermos, mas alguma coisa mais necessária é sempre com a assistente social” <b>F3</b>	
		“(…) também falo com as funcionárias (…)” <b>F4</b>	
		“(…) falo com a enfermeira, com as funcionárias, noutro dia pedia para lhe alterarem o lanche (…)” <b>F7</b>	
	Escutar	“(…) saber ouvir as famílias, os idosos, compreendê-los (…)	1
		somos uma instituição que se pode abrir às ideias para melhorar o nosso funcionamento (…)” <b>AS1</b>	
	Privilegiar o contacto	“Nós aqui já trabalhamos muito nesse sentido, privilegiar o contacto (…)	1
		o trabalho para com a comunidade (…)” <b>AS2</b>	
	Atender às necessidades	“(…) atender a todas as necessidades, zelar para uma qualidade de serviços (…)” <b>AS1</b>	1
	Modo de processar as visitas	“Com a pandemia (…)	1
		a forma como se deve processar as visitas” <b>AS2</b>	
Dificuldades na promoção da relação pessoa idosa-família	Distanciamento de familiares	“(…) há as outras famílias que nem sequer aparecem e essa é a principal dificuldade, porque temos utentes que depois entram em greve de fome (…)” <b>AS3</b>	2
		“A principal dificuldade é a história de vida (…)	
		os familiares não se envolverem muito (…)” <b>AS4</b>	

## Apêndice 9 – Caracterização das Instituições Particulares de Solidariedade Social

<b>CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>IPSS1</b>	<b>IPSS2</b>	<b>IPSS3</b>	<b>IPSS4</b>
<b>Natureza jurídica</b>	Associação	Associação	Misericórdia	Misericórdia
<b>Período de Fundação</b>	Anos 90	Anos 90	Anos 50	Anos 1890
<b>Abrangência geográfica</b>	Freguesia	Freguesia	Concelho	Concelho
<b>Respostas sociais</b>	SAD, centro de dia, ERPI	SAD, centro de dia, ERPI, serviço de apoio à família e comunidade	SAD, centro de dia, ERPI, centro de convívio, centro de acolhimento temporário	SAD, centro de dia, ERPI, creche, pré-escolar, equipa de intervenção
<b>N.º colaboradores efetivos</b>	23	29	180	150

  

<b>CARACTERIZAÇÃO RELATIVA ÀS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>ERPI1</b>	<b>ERPI2</b>	<b>ERPI3</b>	<b>ERPI4</b>
<b>Década de surgimento</b>	Década de 90, séc. XX	Primeira década, séc. XIX	Década de 90, séc. XX	Década de 60, séc. XX
<b>Tipologia de serviços disponibilizados</b>	Alimentação, limpezas e higienização, cuidados de higiene e conforto, lavandaria, serviços de enfermagem e de saúde, acompanhamento e administração de medicamentos e consultas, animação sociocultural	Cuidados 24h por dia, higiene pessoal, animação sociocultural, fisioterapia, cuidados de enfermagem e médicos, apoio psicossocial, acompanhamento a consultas	Internamento ERPI, internamento temporário, cuidados de higiene, limpeza, animação sociocultural, fisioterapia, cuidados de enfermagem e médicos	Alimentação, cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupa, atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, apoio no desempenho das atividades da vida diária, cuidados de enfermagem e de saúde, administração de fármacos
<b>Capacidade de utentes</b>	20	20	96	80
<b>N.º residentes/ocupação</b>	20	20	96	80
<b>N.º colaboradores efetivos</b>	23	11	62	60
<b>Composição das equipas (técnica e não técnica)</b>	Assistente social, animadora sociocultural, enfermeira,	Assistente social, animadora sociocultural, administrativa, encarregada	Assistente social, animador sociocultural, fisioterapeuta, enfermeira, ajudante de lar,	Assistente social, encarregada de serviço geral, ajudantes de lar,

ajudante de lar, cozinheira, ajudante de cozinha	de ERPI, ajudante de ação direta, cozinheiras, ajudante de cozinha	ajudante de limpeza, cozinheiras, ajudante de cozinha	trabalhadoras de serviços gerais, trabalhador de manutenção
--	--	---	---

**CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS EM ERPI**

<b>INDICADOR</b>	<b>ERPI1</b>	<b>ERPI2</b>	<b>ERPI3</b>	<b>ERPI4</b>
<b>Gênero</b>	Homens: 4 Mulheres: 16	Homens: 9 Mulheres: 11	Homens: 18 Mulheres: 78	Homens: 25 Mulheres: 55
<b>Idade</b>	Variação de idades entre 59-96	Variação de idades entre 67-93	Variação de idade entre 50-100	Variação de idade entre 65-100
<b>Nível de dependência</b>	Autônomo: 2 Parcialmente dependente: 5 Dependente: 5 Grande dependente: 8	Autônomo: 4 Parcialmente dependente: 6 Dependente: 7 Grande dependente: 3	Autônomo: 8 Parcialmente dependente: 15 Dependente: 65 Grande dependente: 9	Autônomo: 10 Parcialmente dependente: 20 Dependente: 42 Grande dependente: 8
<b>Principais familiares que mantêm proximidade</b>	Filhos(as)	Filhos(as)	Filhos(as)	Filhos(as)
<b>Periodicidade das visitas</b>	Uma vez por semana	Uma vez por semana	Três vezes por semana	Uma vez por semana

**Apêndice 10 – Caracterização dos/as participantes**

<b>CARACTERIZAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>AS1</b>	<b>AS2</b>	<b>AS3</b>	<b>AS4</b>
<b>Género</b>	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
<b>Idade</b>	58	54	41	42
<b>Habilitações literárias</b>	Mestrado em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social	Mestrado em Serviço Social	Mestrado em Serviço Social
<b>Anos de exercício da profissão</b>	32	25	10	14
<b>Tempo de serviço na atual Instituição</b>	32	22	8	14
<b>Tempo de serviço na função/cargo atual</b>	32	22	6	8

<b>CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS</b>								
<b>INDICADOR</b>	<b>PI1</b>	<b>PI2</b>	<b>PI3</b>	<b>PI4</b>	<b>PI5</b>	<b>PI6</b>	<b>PI7</b>	<b>PI8</b>
<b>Género</b>	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
<b>Idade</b>	84	88	88	71	92	94	89	88
<b>Estado civil</b>	Viúva	Viúva	Viúvo	Solteira	Viúva	Viúva	Viúva	Viúva
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	3.º ano	Nenhuma	4.º ano	4.º ano	3.º ano	Nenhuma	3.º ano
<b>Principal profissão exercida na vida ativa</b>	Trabalho de campo	Doméstica	Trabalho de campo	Doméstica	Talhante	Doméstica	Trabalho de campo	Gaspeadeira
<b>Tipologia de rendimento auferido</b>	Reforma	Reforma	Reforma	Reforma	Reforma	Reforma	Reforma	Reforma
<b>Tempo de residência na Instituição</b>	5	5	3	3	3	3	3	5

<b>Situação de saúde</b>	Diabetes, problemas de coluna	Diabetes, dores musculares, artroses	Artroses, problemas de coluna, Parkinson	Problemas de visão e coluna	Constipação intestinal	Dores frequentes nos ossos, reduzida mobilidade	Falta de equilíbrio, próteses nos joelhos	Problemas cardíacos
<b>Caracterização do agregado familiar antes da entrada para a ERPI</b>	Sozinha	Sozinha	Sozinho	Com três irmãs	Sozinha (pernoitava em casa dos filhos)	Sozinha	Sozinha	Sozinha (pernoitava em casa do filho)
<b>Caracterização da rede familiar de proximidade</b>	Familiar direto: uma filha Visitas: filha, filho adotivo e irmãos, uma vez por semana, sai aos domingos	Familiars diretos: seis filhos e duas filhas Visitas: filhos/as, uma vez por semana, sai em épocas festivas	Familiars diretos: dois filhos Visitas: filhos, uma vez por semana	Familiars diretos: seis irmãos e uma cunhada Visitas: uma amiga, em épocas festivas	Familiars diretos: quatro filhos Visitas: filhos/as, sai todos os domingos	Familiars diretos: dois filhos e uma filha Visitas: filha, sai em épocas festivas	Familiars diretos: um filho Visitas: filho, três vezes por semana	Familiars diretos: um filho e uma filha Visitas: filho, uma vez por semana quando está em Portugal

**CARACTERIZAÇÃO DOS/AS FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

<b>INDICADOR</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>
<b>Género</b>	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
<b>Idade</b>	81	54	53	60	67	66	48	78
<b>Estado civil</b>	Solteiro	Casada	Casada	Casada	Casado	Casada	Casada	Divorciada
<b>Habilitações literárias</b>	4.º ano	6.º ano	9.º ano	9.º ano	Licenciado	4.º ano	Licenciada	4.º ano
<b>Profissão atual</b>	Reformado	Doméstica	Ajudante de lar	Doméstica	Reformado	Doméstica	Professora	Reformada



<b>Composição do agregado familiar atual</b>	Sozinho	Com marido	Com marido e filha	Com marido e filhos(as)	Com mulher e filhos(as)	Com marido	Com marido e filhos(as)	Sozinha
<b>Composição do agregado familiar anteriormente à entrada do familiar idoso na Instituição</b>	Com irmão (utente)	Com marido	Com marido e filha	Com marido, filhos(as) e mãe (utente)	Com mulher e filhos(as)	Com marido	Com marido, filhos(as) e mãe (utente)	Sozinha
<b>Tipo de parentesco/afinidade</b>	Irmão	Filha	Filha	Filha	Genro	Filha	Filha	Filha
<b>Proximidade que mantém com a pessoa idosa institucionalizada</b>	Relação muito próxima	Relação próxima	Relação muito próxima	Relação próxima	Relação próxima	Relação próxima	Relação muito próxima	Relação próxima
<b>Periodicidade das visitas</b>	Uma vez por semana	Uma vez por semana	Todos os dias	Uma vez por semana	Leva a utente a casa em épocas festivas	Leva a utente todos os domingos a casa	Todos os dias	Uma vez por semana