



Mariana da Silva Ferreira Barbosa Fortunato Verdingola

Dissertação de Mestrado

Atividades de Desenvolvimento Pessoal em Idosos Institucionalizados

- Um Processo Chave no Envelhecimento -

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Dissertação realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria João Sousa Pinto dos Santos

Leiria, maio 2013



Mariana da Silva Ferreira Barbosa Fortunato Verdingola

Dissertação de Mestrado

**Atividades de Desenvolvimento Pessoal
em Idosos Institucionalizados**

- Um Processo Chave no Envelhecimento -

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Dissertação realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria João Sousa Pinto dos Santos

Leiria, maio 2013



O júri

Presidente

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Pensamento

Cansa sentir quando se pensa

*Cansa sentir quando se pensa.
No ar da noite a madrugada
Há uma solidão imensa
Que tem por corpo o frio do ar.*

*Neste momento insone e triste
Em que não sei quem hei-de ser,
Pesa-me o informe real que existe
Na noite antes de amanhecer*

*Tudo isto me parece tudo.
E é uma noite a ter um fim
Um negro astral silêncio surdo
E não poder viver assim.*

*(Tudo isto me parece tudo.
Mas noite, frio, negror sem fim,
Mundo, mudo, silêncio mudo –
Ah, nada é isto, nada é assim!)*

Cancioneiro
Fernando Pessoa

agradecimentos

Ao meu pai, que sei estar sempre “presente”...
Aos amigos e família (pelo tempo que não lhes dediquei!),
À minha orientadora, pelo apoio, incentivo e paciência,
Aos meus colegas disponíveis para colaborar, em especial à Tânia e à Alexandra que nunca me deixaram...
Aos “meus” utentes...
À compreensão e amor do meu marido, amigo e companheiro,
Às minhas filhas, pelo que são!

resumo

No presente estudo é feito um enquadramento teórico sobre algumas questões que envolvem o envelhecimento humano nas suas vertentes biopsicossociais, numa fase da vida em que a dependência se associou ao percurso normal do mesmo, numa visão holística do desenvolvimento. A população idosa, principalmente, a mais idosa, constitui um grupo vulnerável a estados de dependência e de falta de autonomia que interferem no seu bem-estar psicológico e naturalmente na sua qualidade de vida. A falta de apoios e condições para os idosos com doenças incapacitantes, continuarem a viver em suas casas, coloca uma maior responsabilidade nas Instituições, para que exista um acompanhamento clínico e psicossocial de acordo com as reais necessidades sentidas. As Instituições deparam-se com o desafio da mudança de paradigma da imagem da velhice, assumindo-se como promotoras de Planos de Desenvolvimento Pessoal, determinantes para um envelhecimento bem-sucedido. Para isso contribuíram os Manuais da Qualidade editados pelo Instituto da Segurança Social (2008).

Este trabalho baseou-se num Estudo de Caso, mostrando que quando existe implicação do idoso no seu Projeto de Vida, acompanhado pelo envolvimento dos cuidadores e equipa técnica, é refletido um estado emocional positivo, partilhado por todos. Pretendemos conviver com idosos equilibrados, com capacidade de lidarem com as suas emoções e perdas, mas também com cuidadores empenhados num trabalho que se torna gratificante, onde todos podemos sair a ganhar, num mundo onde se vão atropelando a longevidade e as adversidades da vida.

palavras-chave

Envelhecimento, Dependência, Institucionalização, Emoções, Desenvolvimento

abstract

In this study it's made a theoretical framework on some issues involving human aging, a phase of life in which dependence was associated with the normal course of the aging process. The elderly, especially the oldest, are a vulnerable group to states of dependence and lack of autonomy that interfere with their psychological well-being and, of course, in their quality of life. The lack of conditions in the houses of the oldest people with disabling diseases places a greater responsibility in the proper institutions in the need of creating clinical and psychosocial attendance according to the real needs expressed. This raises a significant challenge to the institutions to change the paradigm of old ages' image, and promoting personal development plans which are determinant for successful aging.

In this paper it's presented a case study, which we believe to be an example of reflection and need to apply the Quality Policy's standards in the Institutions. The implication of the elderly in their life projects, plus the involvement of the caregivers, provides a positive emotional involvement shared by all. We intend to live with elderly balanced people with the ability to deal with their emotions and losses, but also with caregivers engaged in a work that becomes rewarding, where we can all end up winning in a world where the longevity and life's adversities are outdated.

Keywords

Aging, Dependence, Institutionalization Emotions, Development

Índice

Introdução	1
------------------	---

Parte I – Enquadramento Teórico

1 Envelhecimento e Dinâmicas do Cuidar	4
1.1 Envelhecimento Demográfico.....	4
1.2 Envelhecimento e Velhice	7
1.3 Teorias Sociais para um Envelhecimento Bem-sucedido	10
1.4 Envelhecimento, Autonomia e Dependência	12
1.4.1 Dependência e Cuidados de Longo Prazo.....	16
1.4.2 Autonomia e Afetividade	22
1.4.3 Depressão e Velhice	28
1.5 Envelhecimento, Emoções e Sentimentos	30
1.6 Políticas e Respostas Sociais	34
1.6.1 Políticas de Qualidade, Processos-Chave de melhoria contínua	39

Parte II – Investigação Empírica

1 Problemática de Investigação.....	44
2 Objetivos de Investigação.....	44
3 Caracterização da Instituição	45
4 Metodologia.....	46
4.1 Seleção e Caracterização da Amostra	47
4.2 Instrumentos de Recolha de Dados	48
4.3 Procedimentos	51

5 Apresentação e Discussão de Resultados	53
Conclusão	60
Bibliografia	62
Anexos	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Resultados da Escala de Barthel 1º Aplicação	53
Tabela 2 – Lista de Necessidades de Atividades de Desenvolvimento Pessoal	54
Tabela 3 – Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal	55
Tabela 4 – Comparação dos Registos da Escala de Depressão Geriátrica (1ª e 2ª Aplicação)	56
Tabela 5 – Resultados Escala de Barthel (2ª Aplicação)	58

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Pirâmide de Idades	06
Gráfico 2 – Comparação de Resultados da escala de Depressão Geriátrica	57

Abreviaturas e Siglas

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

AVD's – Atividades de Vida Diária

MEEM – Mini Mental do Estado Mental

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

IPQ – Instituto Português da Qualidade

MSSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social

ISO – International Organization for Standardization

INTRODUÇÃO

Fala-se frequentemente do envelhecimento como um estado, no entanto o envelhecimento corresponde a um processo de desenvolvimento que culmina com a morte. Não se pode datar o seu começo nem o seu fim e a sua velocidade e forma difere muito de indivíduo para indivíduo. A promoção da saúde e bem-estar é cada vez mais um objetivo individual, mas também de Instituições e Políticas Nacionais e Internacionais.

Neste estudo, iremos aprofundar os temas da promoção da Autonomia e valorização da pessoa idosa, avaliando quais os contributos das Instituições na promoção destes requisitos, quando por falta de apoio familiar, falta de outras respostas sociais ou de saúde, por doença física ou mental, ou ainda por falta de condições nas suas residências, os idosos necessitam de ser Institucionalizados, para que lhe possam ser se poderem prestar os cuidados necessários. É comum associar-se a ideia de que os Idosos Institucionalizados, não são bem tratados, por não existir pessoal com formação adequada, em número suficiente, de haver fraca assistência psicossocial e de saúde, e Direções com pouca sensibilidade para esta realidade. Por outro lado, as propostas de implementação das Políticas de Gestão da Qualidade, nas Respostas Sociais existentes, apresentadas pelo Instituto de Segurança Social, I.P., surgem, com intenção de eliminar estes preconceitos e monitorizar os procedimentos, para a sua posterior avaliação e aplicação de medidas promotoras de maiores apoios aos idosos que apresentam perdas significativas ao nível da sua autonomia.

Na Parte I, este estudo apresenta o Enquadramento Teórico com os conceitos que sustentam a nossa Investigação. Questões ligadas ao Envelhecimento, Autonomia e Dependência dos idosos, bem como as questões ligadas às Políticas e Respostas Sociais existentes, quando a realidade passa pela Institucionalização. Pela influência que o estado emocional tem no comportamento humano, e o reconhecimento da importância das emoções na “capacidade de resistência” às contrariedades da vida, será feita uma abordagem teórica neste contexto, pela importância que tem ao nível da satisfação com a vida.

Na II Parte é apresentado o trabalho de Investigação, com os procedimentos adotados, para a análise dos ganhos psicossociais que podem ser adquiridos, quando são adotadas medidas de valorização do idoso como pessoa, independentemente das suas perdas de autonomia.

Optou-se por fazer um estudo de caso, limitado no tempo (durante 3 meses), onde se recolheu informação detalhada acerca do fenómeno que se pretendia estudar, procurando dar resposta à nossa pergunta de partida: “*Em que medida as Instituições contribuem para a promoção do desenvolvimento pessoal dos idosos?*”. Pretendeu-se aprofundar os conhecimentos acerca desta temática, testando os efeitos práticos da aplicação de um Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal, independentemente da idade e das limitações físicas decorrentes cada vez mais do aumento da longevidade. As Instituições de Solidariedade Social têm a seu cargo, entre outras problemáticas, apoiar os idosos que por razões de abandono, saúde, isolamento, falta de condições económicas e de apoio familiar, as procuram como alternativa para que possam viver com dignidade. Criar condições para ir ao encontro das necessidades básicas e de saúde, mas também das expectativas de vida do idoso, é objetivo das Políticas de Gestão da Qualidade. A sua implementação, procedimentos, monitorização e avaliação, surgem como normas orientadoras imprescindíveis de serem cumpridas, para se conseguir realmente idosos não estigmatizados, mas valorizados e respeitados, independentemente da sua idade. No nosso estudo de caso, obtivemos melhorias ao nível da diminuição da dependência, mas também a nível psicológico, relacional e de satisfação com a vida. Este estudo, dado os resultados alcançados, pretende ser um exemplo de como se deve investir na formação e sensibilização de toda a equipa de trabalho nas Instituições de idosos, por terem um papel importante na promoção *de uma sociedade para todas as idades*, com idosos mais felizes.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO E DINÂMICAS DO CUIDAR

1.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Muitos especialistas consideram o envelhecimento demográfico, um dos fenômenos mais relevantes do século XXI das sociedades desenvolvidas, pelas suas consequências socioeconômicas, mas também pelas consequências ao nível da qualidade do envelhecimento individual.

As novas tecnologias e o avanço da ciência e da medicina, contribuíram para um decréscimo das taxas de mortalidade, aumentando a população idosa e muito idosa, provocando um aumento da longevidade e esperança de vida da espécie humana.

Em todo o mundo o envelhecimento demográfico é tema de preocupação e de estudo, como provam os inúmeros documentos publicados, por entidades Mundiais, Europeias ou Nacionais, na área da sensibilização e normalização de procedimentos. “Assistimos ao fenómeno crescente e novo do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas. Este acontecimento converteu os chamados «idosos» num grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político, etc.” (Osório, 2007, p.11).

As sociedades confrontam-se com uma população cada vez mais idosa e em maior número, onde a prevalência de idosos com 80 e mais anos, está francamente a aumentar. Mas será que estamos preparados para este envelhecimento? “O verdadeiro problema das sociedades envelhecidas não está tanto no envelhecimento da sua população, mas no que as sociedades não mudaram desde que começaram a envelhecer” (Rosa, 2012, p.14). Já em 2002, a Organização Mundial de Saúde estimava que até 2020 a população idosa mundial aumentaria três vezes mais as necessidades em cuidados de saúde, inerentes à prevalência de doenças crónicas e de evolução prolongada ou degenerativa. Um estudo da OCDE de Maio de 2011, (Providing and Paying for Long-ter care), refere que “com o envelhecimento eleva-se a despesa com o apoio a pessoas dependentes”, em que 25% das pessoas com mais de 65 anos, têm algum tipo de dependência e das que têm mais de 80 anos, 50% necessitam de apoio de longa duração. Este estudo a nível mundial, compara ainda a população

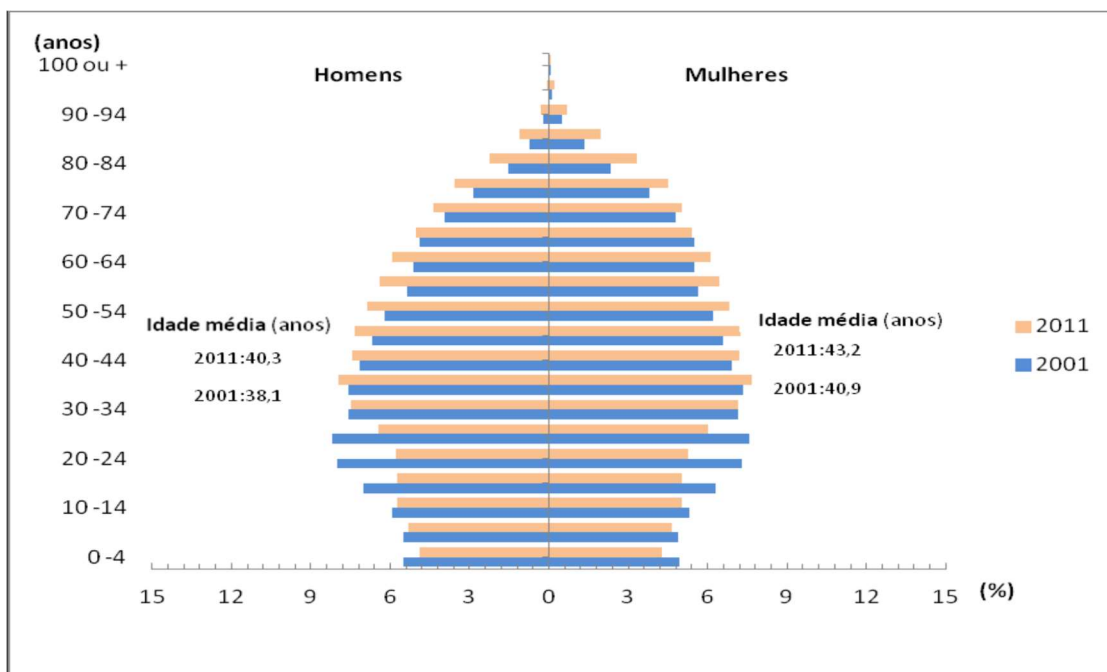
com mais de 80 anos, que em 1950 era de menos de 1% e que a previsão para 2050 é que alcance 10% da população mundial.

Presentemente, neste contexto continua-se a reclamar Políticas de Saúde e Sociais que deem resposta efetiva a um acompanhamento de longa duração e de qualidade ao idoso, ao nível da saúde e apoio social, uma vez que depois dos 65 anos (idade cronológica, a partir da qual se considera a população idosa para efeitos de estatística), a vida humana pode ter mais 20 ou 30 anos, muitas vezes aliada a perda de saúde e autonomia (Ermida, 1999). Em Portugal (INE 2001), eram apresentados resultados no período entre 1960 e 2001 que mostravam que houve um decréscimo de população jovem em 36% e um aumento de população com mais de 65 anos de 140%. A população idosa representava 8% da população geral e em 2001 passou a representar 16%. Estimava-se ainda nesta data que em 2050 a população idosa representasse 36% da população total.

No quadro atual, em Portugal, e segundo os censos de 2011, referenciados ao dia 21 de Março de 2011, o peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. No entanto a família continua a ser a base da sociedade na prestação de cuidados na doença e dependência dos seus idosos. A população com mais de 65 anos representa 19% da população Portuguesa e a população com menos de 15 anos (0-14 anos), representa apenas 15%, o que coloca sem dúvida, nos modelos económicos e sociais atuais, problemas de sustentabilidade.

Como podemos ver pelo Gráfico seguinte, é evidente em Portugal a inversão dos escalões etários, nomeadamente o aumento dos idosos com 80 e mais anos, mas também o atual estreitamento da base, resultado da baixa natalidade e consequente diminuição de jovens. É visível também o maior número de mulheres com mais de 65 anos, comparativamente aos homens. Segundo os censos 2011, as mulheres vivem em média 80,5 anos e os homens 74 anos. O crescimento da esperança de vida é o resultado positivo do progresso humano, mas infelizmente, não está diretamente associado à diminuição de doenças crónicas incapacitantes. Estas coexistem com a longevidade humana.

GRÁFICO 1 - Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001 e 2011



(Fonte INE 2012)

Para 2020 espera-se que a população com mais de 65 anos aumente para 21%, dos quais cerca de 6% apresentam idades de 80 e mais anos, continuando a população com idades até 15 anos a diminuir (INE 2012). Os resultados dos Censos 2011, indicam que a população residente em Portugal era de 10 562 178 habitantes, o que significa um aumento de cerca de 2% face à última década. Os mesmos dados do INE, referem que o índice de envelhecimento da população é de 131, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 131 idosos, com 65 ou mais anos). Em 2001 este índice era de 104. Verificou-se igualmente um agravamento do índice de dependência de idosos na última década, que passou de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2011). Esta situação, poderá fazer com que, no seu percurso de envelhecimento, os idosos tenham tendência a perder autonomia e conseqüentemente, a necessitarem de apoio para as suas atividades de vida diária (AVD's), prestado por cuidadores formais ou informais.

Os censos de 2011, referem ainda que mais de 50% da população com mais de 65 anos apresenta dificuldades na realização de pelo menos uma atividade de vida diária. Dificuldades na visão, audição, locomoção, memória/concentração, higiene e arranjo pessoal, são atividades que apesar de representarem incapacidades, não induzem necessariamente à perda de autonomia. A este propósito, podemos dizer que “as várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem” (Paúl & Fonseca, 2005, p.75).

Saber cuidar com respeito e qualidade é um dever e um direito (de Cidadania) das sociedades modernas, que se devem manifestar nas respostas efetivas a prestar à população idosa e muito idosa, na sua maioria muito vulneráveis, mas, também elas cada vez mais exigentes com esses mesmos cuidados. Envelheceram a ouvir falar de qualidade de vida, de satisfação de vida, a verem crescer serviços de apoio social, lares, apoios domiciliários, cuidados continuados e outras respostas sociais. No entanto, as respostas existentes, não conseguem garantir a qualidade de vida pretendida, quando aumenta o tempo de vida, com perda de autonomia. Na verdade os últimos anos de vida são muitas vezes vividos em situações de fragilidade física, social e de diferentes manifestações de incapacidade.

1.2 ENVELHECIMENTO E VELHICE

Para além de um fenómeno Social, o envelhecimento humano, é antes de mais um fenómeno individual. As representações sociais da velhice, são muito diferentes de continente para continente, país para país, época para época, sociedade para sociedade, de indivíduo para indivíduo. Vivemos numa sociedade com imagens negativas do envelhecimento, e glorificação da juventude. Nos países desenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento, um idoso saudável e autónomo é muito mais respeitado, do que um idoso que apresente qualquer tipo de dependência (física ou económica). Um indivíduo autónomo, manifesta sentimentos de autoestima, e autorrealização, consolidada no papel que tem na família e nos contributos que deu ou ainda dá à sociedade, porque o envelhecimento normal não afeta as faculdades mentais de uma forma previsível e numa idade determinada. A Sociedade estigmatiza o próprio idoso, podendo este usufruir de determinadas regalias que acabam por ser estigmatizantes e reconhecidas

por ele como uma desvantagem (Pimentel, 2005). Também, a gerontofobia (medo da velhice), reflete este conceito de imagem negativa física e social do idoso. O idatismo (discriminação negativa com base na idade), a infantilização arbitrária (tratar as pessoas idosas como se fossem crianças), são outros conceitos que impedem a sociedade e mesmo os profissionais da área social e da saúde, de reconhecerem as capacidades reais dos idosos, não os respeitando como pessoas únicas que “vivem modos de vida diversificados, e cujos interesses, capacidades, necessidades e expectativas são diferentes” (Berger, L. & Mailloux-Poirier, Danielle, 2001, p.184).

Envelhecer também pode ser definido como um processo natural de diminuição de capacidades orgânicas e funcionais, que não são consequência de doença ou acidente, mas que acontecem inevitavelmente pelo passar do tempo que é dado viver a qualquer indivíduo. O Envelhecimento vem assim acompanhado de alterações diferentes em cada indivíduo, dependendo dos seus genes e do seu percurso de vida, com repercussões positivas ou negativas na sua funcionalidade e capacidade de resistência às agressões do meio envolvente.

Envelhecer não é uma doença. É estar mais tempo vivo, exposto a doenças, que podem ou não, nos vir a afetar. É uma perda progressiva de capacidades do corpo, de transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afetivos, que vão alterando o autoconceito do indivíduo, num processo dinâmico que dura toda a vida, pois o envelhecer de uma forma saudável, no campo físico, psicológico e social, depende em grande parte de cada um de nós e da nossa interação com o meio.

O bem-estar físico, psíquico e social, anunciado pela OMS em 2002, afirmando que “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças”, veio alertar o mundo, avisando que a par das descobertas científicas no campo da prevenção e cura das doenças, a sociedade civil e a organização das sociedades, tem um grande papel de intervenção na promoção da saúde mental e social dos indivíduos.

A saúde, para além da ausência de doença, consegue-se através de uma boa alimentação, prevenção e controlo de doenças, e exercício físico. A nível mental, através de um funcionamento eficaz das capacidades cognitivas, prevenindo o seu declínio, controlando emoções, e promovendo a auto estima. Por fim, o bem estar social, “integra a capacidade de comunicar e interagir com os outros, o

estabelecimento de uma rede de relações e apoios sociais, com base na família, nos amigos, na comunidade em que está inserido...”(Simões, 2006).

Para além das diminuições orgânicas e funcionais que vamos sofrendo ao longo da nossa vida, o processo de envelhecimento também está associado a uma diminuição de reserva fisiológica, e uma menor capacidade de reposição do seu equilíbrio homeostático.

Para Baltes (1987, cit in. Papalia 2009), o indivíduo tem uma capacidade de desenvolvimento sem limites de idade, - desenvolvimento vitalício – que acontece ao longo da vida e a cada período de tempo do seu ciclo de vida é influenciado pelo que aconteceu e este virá influenciar o que acontecerá no momento seguinte, uma vez que o desenvolvimento é influenciado pelo contexto histórico e cultural que por sua vez o influencia também. Refere ainda que cada período de vida tem as suas próprias características e valores, sendo todas igualmente importantes e não impedindo que as pessoas mais velhas possam crescer emocional e intelectualmente. Papalia, (2009), seguindo as ideias desenvolvimentistas deste autor, afirma que o desenvolvimento é multidimensional, multidirecional e envolve um equilíbrio entre ganhos e perdas. O envelhecimento envolve múltiplas dimensões que interagem, a biológica, psicológica e social. O Mesmo autor fala-nos ainda da flexibilidade e plasticidade do cérebro, dando possibilidades de adaptação às perdas físicas ou cognitivas, por desgaste natural ou accidental, pois que muitas das nossas capacidades, como a memória, a força física e a resistência, podem ser aperfeiçoadas e compensadas, mas no entanto desconhecemos os seus limites.

Muitos autores, incluindo Paul Baltes (1987), referem que os traços de personalidade dos indivíduos tendem a manter-se ao longo do processo de envelhecimento. Por um lado podem facilitar a adaptação às fragilidades de uma forma positiva, aproveitando as potencialidades existentes, por outro lado podem revoltar-se e isolar-se, ou manifestar a sua rigidez, o que naturalmente se traduz num indivíduo não adaptado ao seu envelhecimento. Segundo a análise de desenvolvimento do ciclo de vida de Baltes (1987), bem como de outros teóricos que abordam o crescimento e desenvolvimento humano com todas as suas diferenças biológicas e comportamentais, o modo como envelhecemos depende muito de como vivemos cada etapa da nossa vida e como emocionalmente lidamos com elas. Erikson (1998), fala-nos da Integridade do Ego,

versus Desespero, como oitava crise do ciclo de vida, referindo-se a ela como a última etapa do desenvolvimento humano, de integridade do seu ego e reflexão, preparando-se para a aproximação da morte, concluindo assim o seu ciclo de vida, de uma forma coerente, sem desespero e arrependimentos. O mesmo autor, refere que um envelhecimento com sabedoria, comporta aceitação do seu passado, do presente e mesmo do futuro. O Homem, segundo este autor, no seu processo de envelhecimento físico e mental, deve participar e ter envolvimento na sociedade, alimentando e estimulando o seu interesse pela vida, pela família, pelos amigos, pela política e sociedade em geral. Segundo Vaillant (1993), citado por Palaia (2009, p. 708), “os homens que, ao longo dos anos, não haviam acumulado injustiças, reclamado, fingido que não havia nada de errado, ou tornando-se amargurados ou tendenciosos – e, portanto podiam responder adequadamente às crises – eram os mais bem adaptados aos 65 anos”. O saber enfrentar as contrariedades da vida, reduz e alivia o stresse e ansiedade pelo inconformismo, e favorece a saúde mental.

1.3 – TEORIAS SOCIAIS PARA UM ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

Existem inúmeras Teorias sobre o envelhecimento biológico, psicológico e social. Segundo Papaleo Netto (2002), o envelhecimento deve ser entendido como um processo, a velhice uma fase da vida e o idoso é o resultado final. O mesmo autor refere que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que vão determinar a perda de capacidade e de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem levá-lo à morte, mas que são na sua essência características desta fase da vida, que como todas as outras se revestem de diferentes formas.

Várias são as Teorias sociológicas sobre o envelhecimento, que tentam perceber os mecanismos da interação entre o idoso e a sociedade. Para o desejado envelhecimento bem-sucedido, deve existir uma definição clara de objetivos e conseguir na realidade, alcança-los (Schulz e Heckhausen, 1996) citado em Papalia, (2009, p.711). Outra forma de envelhecimento bem-sucedido, segundo o mesmo autor, passa por continuarmos o mais tempo possível ativos e participativos na sociedade (Neugarten, Havinghurst e Tobin, 1968). Lima (2004), refere ainda que existem três componentes

fundamentais para o envelhecimento bem-sucedido, que implica longevidade, ausência de incapacidades e satisfação com a vida. Baltes (1987), também citado em Papalia (2009), refere que o envelhecimento bem-sucedido, tem a ver com as metas impostas; Se as tornarmos realizáveis, as metas são mais atingíveis.

A “Teoria do Descomprometimento”, ou afastamento gradual dos papéis sociais, aborda o que acontece quando nos vamos afastando da vida, das nossas atividades por perdas de funcionalidade e consciência da proximidade da morte. Há quase um afastamento com mútuo acordo, para não nos custar tanto, quando a sociedade já não tiver “lugar” para nós, (Cumming & Henry, 1961). David Gutmann (1992), em vários estudos, segundo Papalia (2009), alega que este afastamento ocorre principalmente em sociedades em que não são atribuídos aos idosos papéis sociais adaptados à sua idade e conhecimento, simultâneo às perdas a que estão sujeitos, a nível físico, familiar (no caso de morte do conjugue) e social (pela idade imposta de reforma).

No caso da “Teoria da Atividade” segundo Havighurst, (1968), citado por Papalia (2009), é uma proposta para um envelhecimento bem-sucedido e pretende que exista uma participação ativa do idoso na sociedade, que este não seja afastado das suas tarefas, profissionais, familiares e sociais, evitando a diminuição das suas capacidades cognitivas. Promove-se assim a saúde física e mental e a adaptação a uma integração social, independentemente das suas limitações. No entanto, segundo este autor, esta teoria deve encorajar os indivíduos a conseguirem ultrapassar as dificuldades e encontrar alternativas para uma adaptação a novas condições de vida, desenvolver outros papéis sociais, continuando a viver no seu habitat normal, gerando um autoconceito positivo.

Robert Atchley (1989), descreveu outra teoria, a “Teoria da Continuidade”, citado por Papalia (2009), realçando que para se envelhecer bem, necessitamos de um equilíbrio entre o nosso passado e o nosso presente, que representa uma continuação do nosso estilo de vida, independentemente de ser mais ou menos ativo. Quando o processo de envelhecimento provoca grandes alterações das capacidades físicas ou cognitivas, é necessário normalmente apoio externo, seja familiar ou institucional. É imprescindível que o idoso permaneça entusiasmado com a vida, que tenha capacidade de decisão, o que lhe dá uma força impulsionadora para lutar contra as doenças muitas vezes incapacitantes. Se o processo de envelhecimento for aceite de uma forma tranquila e

realista, será mais fácil planejar e executar os seus Projetos de Vida, convivendo positivamente com as mudanças e adaptações necessárias, de forma participada.

O envelhecimento e as muitas teorias elaboradas no sentido de se promover um envelhecimento bem-sucedido, não são mais do que contributos e reflexões. Mas o que se pretende é que cada sociedade consiga criar respostas às diferentes necessidades dos indivíduos, no seu percurso de envelhecimento. O ciclo de vida, como qualquer ciclo, tem um princípio e um fim. Com a diversidade humana, de formas, pensamentos, ambições, vivências, personalidades e potencialidades, bem como limitações, tristezas e perdas, somos até ao final da nossa vida um contributo para a “história do desenvolvimento humano” (Papalia, 2009, p.751)

Ainda segundo Baltes, (1990), o envelhecimento bem-sucedido, depende se o indivíduo tem metas, objetivos a alcançar, se sente capacidades de continuar a fazer o seu “desenvolvimento” independentemente da sua idade. Os Idosos mostram-se normalmente mais felizes quando estão empenhados nalguma tarefa, sentindo-se úteis ou produtivos, dando significado à sua vida. Por outro lado, muito importante, é até que ponto tem recursos que tornem as suas metas alcançáveis. Os idosos com boa escolaridade, intelectualmente ativos, com prestígio social e bom nível socioeconómico, têm um nível mais alto de desempenho e maior capacidade de resolver problemas do dia-a-dia. Em relação ao desenvolvimento psicossocial, os adultos mais idosos, têm muitas vezes comportamentos mais flexíveis, do que os adultos menos idosos, conseguindo selecionar as ações ou os obstáculos, de modo a otimizar o seu bem-estar. A psicologia do Envelhecimento deixou de ser uma psicologia do declínio, e passou a ser uma psicologia do envelhecimento bem-sucedido, de desenvolvimento ao longo da vida, com otimização seletiva das potencialidades ao nível físico e psicológico.

1.4 ENVELHECIMENTO, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

A forma como é aceite o envelhecimento, com tudo o que trás de bom ou mau, acumulando um conjunto de emoções positivas e negativas, apresenta-se como um grande desafio ao Homem e depende da sua capacidade física e psíquica de lidar com ele. A Motivação vista como uma necessidade psicológica é geradora de um impulso,

que move os indivíduos para a necessidade de agir e de criar caminhos para obter resposta às suas necessidades. A Motivação para a vida é essencial para a adaptação ao envelhecimento, conseguida, quando existe um equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do indivíduo (Berger, L. & Mailloux- Poirier, 1995).

No percurso de vida de cada um, processo contínuo e irreversível, o envelhecimento normal caracteriza-se pelas perdas físicas, mentais e sociais a que o indivíduo está sujeito. Muitas destas perdas não podem ser evitadas, mas podem ser minimizadas ou retardadas. Nos idosos, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento, não têm relação direta com a diminuição das funções cognitivas. O que está em causa é a sua capacidade de lidar com as emoções vivenciadas no decorrer do seu envelhecimento e das doenças incapacitantes que se podem associar a ele. As próprias imagens negativas associadas à velhice, condicionam a percepção que o idoso tem de si, e podem provocar perdas de memória, depressão e outras alterações cognitivas que quando não controladas, podem levar a doenças mentais. “Na sua luta para manter a identidade, o idoso manifesta muitas vezes o stress através de reações emocionais importantes” (Berger, L. & Mailloux- Poirier, 1995, p. 165). Nesta fase da vida, o idoso tem que manter a sua capacidade de desenvolvimento para se adaptar às modificações físicas, psicológicas e sociais, de uma forma saudável. As doenças que podem surgir, a perda de familiares, a perda de papéis e contactos sociais, carência de recursos económicos, o consequente isolamento, a solidão e perda de contactos familiares, contribuem para a perda de autonomia, reflexo da sua incapacidade e dependência. A diminuição da velocidade de execução e o tempo de reação para o desempenho das tarefas, a falta de motivação, as perdas de memória e a depressão, são situações com que os idosos se defrontam e que demonstram que o envelhecimento é um grande desafio, mas que também pode resultar num enorme sucesso.

Para além das diminuições orgânicas e funcionais que vamos sofrendo ao longo da nossa vida, o processo de envelhecimento também está associado a uma diminuição de reserva fisiológica, e uma menor capacidade de reposição do seu equilíbrio homeostático. As alterações orgânicas que o cérebro sofre neste processo, com as consequentes perdas de neurónios, perdas de neurotransmissores, deixando de dar e passar as informações pretendidas, falta de irrigação sanguínea e consequente oxigenação, provocam uma incapacidade ou lentificação dos processos mentais, e consequentemente, diminuição da memória recente, de atenção, de concentração, de

inteligência para resolver ou decidir em casos de maior complexidade, apresentando um déficit cognitivo. No entanto o idoso pode manter as capacidades verbais, de cálculo, memória remota, inteligência cristalizada, emoções e personalidade.

As próprias alterações cerebrais decorrentes do envelhecimento, não são por si só incapacitantes para o idoso e requerem apenas que seja dado mais tempo ao seu cérebro para responder às solicitações. Por outro lado podem existir processos degenerativos do cérebro que apresentam um envelhecimento acelerado ou alterações morfológicas evidentes provocando como que um processo mórbido de envelhecimento (Papaléo Netto, 2002). Este processo de Demência, é caracterizado pela diminuição global das funções cognitivas, por haver comprometimento de múltiplas áreas cerebrais. Segundo o mesmo autor, com referência a Cummings, (1980) em situação de demência, estão pelo menos três das seguintes funções cerebrais, comprometidas: linguagem, memória, percepção viso-espacial, personalidade e cognição. A Demência vascular, e a doença de Alzheimer, são as doenças degenerativas mais comuns que acompanham o processo de envelhecimento cognitivo. No caso de Demências associadas ao envelhecimento, deveriam haver estruturas de apoio, para quando necessário haver intervenção direcionada e acompanhada de técnicas de estimulação Neuropsicológica, com o objetivo de otimizar a relação com o meio social da pessoa idosa de acordo com as suas aptidões. A Reabilitação no contexto da Neuropsicologia deverá ser perspectivada numa base de recuperação e potencialização das capacidades cognitivas que se encontram diminuídas, através de programas de desenvolvimento cognitivo. As propriedades do Sistema Nervoso não são inatas e o seu desempenho advém sempre da estimulação direcionada. Pode haver estimulação da parte do cérebro não lesada, para compensar as funções da área lesada. Com a intervenção especializada, poder-se-á fazer com que o idoso, doente use efetivamente melhor as funções cognitivas que lhe restam, reestruturando o ambiente envolvente e proporcionando uma adaptação funcional, tendo como objetivo último o aumento dos níveis de autonomia e a inclusão social do indivíduo. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein (1975), é o instrumento mais utilizado para avaliar o estado mental e a função cognitiva dos indivíduos, sinalizando os casos de demência. No entanto são escassos e pouco usados os programas de estimulação cognitiva para idosos, para que se pudesse retardar o envelhecimento cognitivo.

Outra situação também normalmente negligenciada no idoso, é a Depressão, que se confunde frequentemente com a Demência. Estas situações podem até estar associadas, e serem de difícil diagnóstico, tornando-se mais simples afirmar que o idoso está demente, por se isolar, se perder, sofrer de apatia, falta de memória, lentidão psicomotora, ansiedade, humor deprimido e outros distúrbios. A depressão quando não tratada pode conduzir a uma verdadeira demência, derivada de uma importante redução da função cognitiva (Papáleo Netto 2002).

Para se compreender melhor o comportamento do idoso quando associado a perda de autonomia, podemos clarificar alguns conceitos associados. A Dependência é uma limitação de uma função para o desempenho de uma atividade. “É um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidades de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida” (Manual de Boas Práticas, ISS, I.P. p.71). Está assim ligada a uma incapacidade de satisfação das necessidades humanas básicas, necessitando da intervenção de terceiros e motivando muitas vezes a Institucionalização dos idosos (Sequeira, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2002) “a incapacidade consiste na restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade dentro dos limites considerados normais para um ser humano”. Um indivíduo pode assim estar incapacitado para desenvolver uma determinada atividade, não deixando de ser autónomo nas suas decisões e em muitas outras atividades. Segundo a Classificação Internacional para a incapacidade e Funcionalidade (CIF), apresentados pela Direção Geral de Saúde (2003), a dependência está relacionada com os défices das estruturas e funções do corpo, com as limitações e restrições das atividades que a pessoa pode realizar e com as barreiras e apoios que a pessoa necessita para interagir com o meio.

Podemos falar de dependência física ou mental. A Dependência física acontece quando há um comprometimento nas atividades de vida diária, mas não existem alterações cognitivas significativas associadas. No caso da dependência mental estão comprometidas as capacidades cognitivas para detetar a necessidade de desempenho das AVD, mas não a capacidade funcional para as desempenhar (Sequeira, 2010).

A dependência está assim relacionada com a falta de liberdade de escolha e de execução das tarefas das suas atividades de vida diária e à necessidade de apoio e

assistência por parte de outra pessoa para a execução das mesmas. Está diretamente ligada à autonomia, que reflete a capacidade de decisão e gestão de ações, de tarefas de complexidade variável, de escolhas e opções que pode tomar acerca da sua vida, no campo físico, psíquico e social (Sequeira, 2010). O presente estudo irá ter em linha de conta a funcionalidade dos indivíduos e o seu nível de independência para as atividades básicas de vida diária, utilizando para o efeito o Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965).

O Relatório Mundial sobre a Deficiência, editado pela OMS em 2011, alerta ainda para o facto de se verificar um número crescente de pessoas com deficiências causado pelo aumento de população envelhecida com doenças crónicas, como a diabetes, doenças cardiovasculares, degenerativas e doenças mentais.

1.4.1 Dependência e Cuidados de Longo Prazo

Quando ao processo de envelhecimento estão associadas dependências, físicas ou psicológicas e é necessário recorrer a apoios de Instituições, estas, têm um papel muito importante no acompanhamento e no contrariar as tendências de isolamento. No entanto, estando a velhice impregnada de representações sociais negativas, que diminuem a autoestima, a consideração e o respeito, a Institucionalização tem também uma carga negativa associada, principalmente quando esta se faz como se de uma necessidade para a sobrevivência se tratasse.

Outro aspeto comum a considerar é que quando o idoso é admitido numa Instituição, já vivia isolado do resto da sociedade afastado do trabalho, pela reforma, morte do cônjuge, e outras perdas, afastado da família que não tem tempo para ele, dos grupos sociais de que poderia fazer parte, mas que, a falta de acessibilidade, a falta de iluminação e segurança pública existente, o impedia de participar. Estas situações vividas anteriormente, provocam uma habituação ao isolamento e agravam a sua falta de vontade em participar nas atividades da Instituição, sentindo que nada já importa, nada vale a pena neste percurso que para ele antecede a morte. Há como uma morte emocional.

Agich (2008), reconhecido biocientista nos Estados Unidos, reflete, sobre as questões éticas ligadas ao envelhecimento humano, principalmente sobre os cuidados a longo

prazo, ou melhor, os cuidados a longo prazo nas doenças crônicas e incapacitantes associadas ao aumento de longevidade. Para este autor o conceito de Autonomia tem que ser reformulado, adaptado às novas realidades do idoso que necessita de cuidados a longo prazo, que vive esta fase da vida mais vulnerável e exposto a maior dependência. Respeitar a autonomia de idosos com incapacidades, envolve o relacionamento emocional com familiares e cuidadores. O autor refere a necessidade de refletir sobre uma alternativa à visão dominante da Autonomia, aplicada aos problemas e contextos clínicos complexos que envolvem os idosos, quando aplicada ao cuidado de longo prazo. “Os problemas associados ao cuidado de longo prazo aplicam-se a um leque muito mais amplo de condições crônicas, nem todas elas debilitantes ou terminais”(Agich 2008 p.18).

O estudo que Agich apresenta, baseia-se na análise dos indivíduos que precisam de cuidados de longo prazo, por sofrerem de doenças que provocam a perda de autonomia, comprometendo a sua capacidade de “funcionar independentemente ou de escolher racionalmente” e diz ainda que “o paradoxo é que o conceito subjacente de autonomia envolve uma visão das pessoas como robustas e independentes, ao passo que a realidade do cuidado de longo prazo exhibe indivíduos que precisam de apoio e companheirismo, necessidades que parecem antagônicas ao ideal.” (Agich 2008 p.23). No fundo, quando utilizamos o termo autonomia, queremos normalmente referir a falta dela, por sermos portadores de imagens de fragilidade, solidão, desespero e tristeza por aquilo que fomos e já não somos.

A visão comum de autonomia é sempre equivalente a um conceito de capacidade individual, que está associado a “independência de ação, discurso e pensamento” (Agich 2008 p. 24). Implica a capacidade de tomar decisões racionais e livres, bem como a capacidade de gerir as suas ações de modo a satisfazer os seus interesses e necessidades. Como resposta a situações de falta de autonomia, surge a tomada de decisões pelo outro, a coerção impondo a visão do outro e não a do próprio – podendo ser o Estado, as Instituições privadas ou indivíduos, normalmente familiares e cuidadores. O conceito de autonomia deve ser o mesmo quando se fala em indivíduos que requerem cuidados de longo prazo? Segundo o autor, “ As imagens associadas ao cuidado de longo prazo são de fragilidade e desespero, solidão e destituição, e, acima de tudo, de uma profunda percepção de perda, uma perda não apenas de coisas, mas de quem e do que somos. As Instituições, de cuidados geriátricos são as principais

geradoras destas imagens, por terem a seu cargo estes cuidados de longo prazo”. Vários autores consideram mesmo estas Instituições geradoras de incapacidades e locais de abuso e exploração de idosos e funcionários (Agich 2008 p. 25). Imagens fundamentadas em idosos retraídos, amarrados, ansiosos, cujos rostos podem espelhar medo, ansiedade, pedindo atenção, mas ignorados pelos funcionários que, trabalham “sem emoção, expressão ou entusiasmo”, nas tarefas rotineiras que desempenham. Onde os “residentes ficam sentados, paralisados, cada um deles em seu próprio mundo” (Agich 2008 p. 26).

O cuidado de longo prazo parece impregnado de uma terrível ausência de comunicação entre os cuidadores e os indivíduos, aliada a ausência de uma percepção significativa da sua dignidade e identidade. Erving Goffman (1961), comparava as casas de repouso a hospícios, quartéis, conventos e prisões, como “Instituições totais”, isolando, controlando e reconstituindo as vidas diárias dos seus residentes.

No caso de idosos que necessitem de cuidados institucionais, pelas suas fragilidades, é paradoxal, considerar esta necessidade e por outro lado a realidade de falta de autonomia, considerando o termo como autogoverno, auto determinação independência, individualidade, responsabilidade, liberdade de escolha, etc. Embora as Instituições apresentem um guião de direitos e valores liberais quando da sua admissão, quando os residentes necessitam de cuidados a longo prazo, respeitar a Autonomia provavelmente é muito mais complexo do que parece ser à primeira vista.

Analisando o conceito de dependência, como falta de autonomia, ou uma “liberdade negativa”, entendendo a liberdade individual como “ a não interferência dos outros na vida do indivíduo”, segundo Chistiansen (2009) a Autonomia, pode passar por três aspetos essenciais: “A confiança em si” a “preferência pessoal” ou “ a auto afirmação”. Em relação à primeira, o autor refere a confiança em si como identificar as suas próprias necessidades, processo que com o envelhecimento, faz diminuir esta confiança, aumentando o sentimento de falta de valor individual que está ligado à debilidade e incapacidade física. A expectativa de vida ativa, e as medidas de promoção de um envelhecimento ativo, poderão ser consideradas medidas empíricas na realidade do envelhecimento, uma vez que o estado de saúde das populações neste processo, está muito associado a perdas de capacidades para as suas AVD's, provocando perda de capacidades funcionais e percepção dessa perda de independência, como já referimos. O

outro conceito apresentado pelo autor, “ a preferência pessoal “, que coloca o enfoque na autonomia de escolha e de decisão de satisfação das suas necessidades de acordo com os seus impulsos e vontades. Coloca-se neste contexto, a seguinte questão, se “os valores sugeridos pelos próprios desejos, impulsos ou vontades valem a pena” (Agich 2008 p. 35). Em relação ao terceiro conceito, o de “liberdade de escolha”, segundo o mesmo autor, “não é suficiente ter desejos ou fazer escolhas, devemos estar ativamente envolvidos em sua satisfação ou seu cumprimento”. (Agich 2008 p. 35).

Quando o indivíduo necessita de cuidados de longo prazo, está debilitado e carece de capacidade psicológica, de energia física, dificuldades económicas entre outras para desencadear um processo de conseguir satisfazer com satisfação as suas necessidades, contribuindo para um sentimento de dependência e inferioridade. Esta é a realidade dos indivíduos que necessitam cuidados de longo prazo, apresentando privações físicas, psicológicas e sociais. A visão tradicional da autonomia ligados à nossa cultura, tende a analisar os problemas associados à independência e capacidade de tomar decisões. Aplicam-se na sua maioria no campo político/jurídico, minimizando a influência das questões de relacionamento, de interação e afetividade, bem como a qualidade do cuidado prestado. Esta visão da autonomia cria uma atitude sobre a dependência, que no caso dos idosos fragilizados, os ajuda a criar significados e imagens negativas acerca do seu envelhecimento, retratado também nas representações da sociedade. “Verifica-se assim, uma produção social da marginalidade e da dependência, a que muitos idosos estão sujeitos, e que não é necessariamente consequência do envelhecimento biológico” (Pimentel, 2005, p.45). Os idosos dependentes, são assim vistos e sentidos como um fardo, como um peso para a sociedade, completamente improdutivos. O lema do envelhecimento ativo pensa, retrata e planeia a vida de idosos que não necessitam de cuidados de longo prazo. Para estes não foram acrescentados direitos, condições e Leis efetivas que promovam a igualdade de respeito e proporcionem direitos a serviços de qualidade, com respostas de qualidade, para além de regulamentos e manuais, sem respostas efetivas e afetivas de acordo com as vontades e necessidades de cada indivíduo.

As fragilidades ligadas à velhice, têm que forçar e sensibilizar a sociedade e os profissionais ligados à saúde para redefinir conceitos, enfrentar as novas necessidades médicas e sociais, promover a prevenção e a reabilitação, mas não descurar de forma nenhuma, as necessidades de equilíbrio emocional dos cidadãos mais idosos. As ações

dos técnicos, quer de saúde, quer sociais, não se podem limitar à relação técnico-paciente, de uma forma interventiva apenas como se de um estado agudo, de uma crise, de uma necessidade imediata de intervenção se tratasse. Os profissionais têm de saber respeitar e valorizar a “autonomia residual” (Agich, 2008, p. 329), dos idosos fragilizados ou incapacitados, que para além de viverem as suas limitações físicas, têm que lidar com a solidão, as suas perdas, distorções afetivas, cognitivas e de memória. A ausência de participação social dos indivíduos idosos, induz à solidão, mesmo existindo contatos sociais, podem não existir relações sociais. Mesmo quando integrados numa Instituição de apoio, o isolamento emocional surge, pela participação diminuída nas atividades sociais, pelo não reconhecimento como pessoa plena e pelas imagens que o idoso sente que têm de si.

Existem atualmente muitas expressões ligadas ao fenómeno do envelhecimento. Por um lado as Políticas Sociais referem-se ao envelhecimento como se um processo homogéneo se tratasse; por outro lado temos conceitos de “envelhecimento ativo”, envelhecimento bem-sucedido”, “Qualidade de vida na 3ª Idade”, “envelhecimento com qualidade”, entre outras, que fazem supor que existe o reverso do conceito. “As pessoas mais velhas podem adaptar-se ao desafio do envelhecimento se forem flexíveis e realistas – se puderem conservar a sua força, adaptar-se à mudança e à perda e utilizar o tempo com sabedoria”(Papalia, ,2009, p.704).

A maneira como os jovens e os adultos saudáveis veem os idosos dependentes, influencia a forma como se relacionam com eles. Simone de Beauvoir (1972) refere que os idosos são invisíveis porque vemos a morte para além deles. A imagem da velhice é assim extremamente complexa, porque não há uma resposta única para a velhice, que está contornada com crenças e valores culturais importantes para o nosso quotidiano e as nossas relações sociais.

Após a idade da reforma, na sua maioria, e independentemente da sua atividade profissional e relações com familiares e amigos, os idosos têm tendência a isolar-se. Pessoas que estão aposentadas há muito tempo têm tendência a viverem mais isoladas, não só da família, mas principalmente dos amigos. Segundo alguns autores, (Lansford, Sherman e Antonucci, 1998 *cit in*. Papalia, 2009, p.725), “Os contatos sociais que os adultos têm são mais importantes do que nunca para o seu bem-estar”. No entanto a realidade mostra que pelas dificuldades de mobilidade e pela falta de controlo do seu

próprio corpo, os idosos preferem ficar sós nas suas casa ou mesmo já nas Instituições onde vivem. Não querem ser um estorvo ou uma presença indesejada aos filhos ou família mais próxima, porque infelizmente é esse sentimento de inutilidade que lhes é transmitido. Podemos mesmo dizer que “o relacionamento com os familiares diretos fica aquém das suas expetativas, face ao investimento afetivo e material que fez em relação ao filho” (Pimental, 2005, p.192). Os indivíduos atualmente vivem sob stresse, “sem tempo”, para a própria família, mesmo para as suas crianças e jovens. O papel importante dos avós no seio da família, foi-se diluindo. Por um lado porque muitos dos avós ainda estão em idade ativa, não tendo disponibilidade para apoiar, por outro lado, porque os filhos não os acham capazes de cuidar das crianças. Falamos de famílias nucleares ou monoparentais que também elas não têm elementos para se sentirem apoiadas. Estamos a falar de avós de 60 e 70 anos. Mas qual o papel que é deixado a avós de 80 e mais anos? E quando à idade se associam dependências, em que são eles que necessitam de apoio? “O Lar surge como uma alternativa mais estável, face ao descontentamento perante as condições em que vivia na casa do filho” (Pimentel, 2005, p.192. Na verdade existem muitos idosos, principalmente mulheres com mais de 65 anos, a cuidar dos seus pais com 80 ou mais anos. A longevidade proporciona a coexistência de quatro ou mesmo cinco gerações e poderá acontecer que o tempo dedicado a cuidar dos pais seja superior ao tempo dedicado aos filhos (Papalia, 2010). Sempre que existe saúde no meio familiar, as relações estão mais facilitadas, mais equilibradas emocionalmente, uma vez que as trocas de apoio e afetos são mútuas. À medida que ao envelhecimento se juntam doenças incapacitantes, deterioração mental ou mudanças de personalidade, os filhos, que também têm filhos, ou até netos ao seu encargo, a chamada “geração sanduíche”, sofre um grande desgaste quer físico quer mental (Papalia,2010).

Laura Carstensen (1991, 1995, 1996, *cit in.* Papalia 2009), fala-nos na *Teoria da Seletividade Socio Emocional*, referindo-se que à medida que a idade avança, os indivíduos são mais seletivos em relação ao seu núcleo de relações sociais, mantendo principalmente as relações que conseguem ter para eles satisfação emocional. Mas podemos questionar, porque realmente as pessoas se afastam. Por não poderem conviver tanto, mas também porque os próprios idosos não gostam de mostrar aos outros as limitações que podem estar ligadas ao seu envelhecimento. Estas limitações podem ser físicas, psicológicas ou mesmo económicas. Apenas se expõem à família

mais próxima, porque na verdade dela precisam e por estarem ligados emocionalmente. A família continua a ser fonte primordial de apoio emocional. Nos idosos de hoje, principalmente nos muito idosos ou com fragilidades ao nível físico ou cognitivo, este papel da família está muitas vezes reduzido a visitas esporádicas a casa ou à Instituição.

Quando as famílias tomam a decisão de colocar o seu idoso numa Instituição, também é comum poderem surgir ansiedade e receios; Que Lar e que condições e respostas dão às necessidades do idoso; Quanto custa e como pagar; Que relações se estabelecem com os cuidadores, e se existem sentimentos de culpa por terem tomado essa decisão. Pelos estudos existentes, a situação de se recorrer a um Lar, a uma Residência para seniores, por opção própria ou indicação das famílias, não é naturalmente a primeira a ser tomada. Por razões emocionais, mas também na nossa sociedade, por razões culturais e económicas.

Os fatores que levam a considerar uma Instituição boa ou má nos serviços que presta, tem a ver como o tipo de respostas que oferece, com serviços mais ou menos humanizados, de respeito pela dignidade dos utentes, com o respeito por todos os direitos que isso comporta, e ainda se promove ou não as boas relações entre a Instituição, o utente e as famílias.

1.4.2 Autonomia e Afetividade

Todos os indivíduos são diferentes e enfrentam o envelhecimento de forma diferente. São diferentes a nível de saúde, personalidade, potencialidades, educação, cultura, estilos de vida, agregado familiar, rendimento e ocupação (Papalia, 2009).

Nos casos de perda de capacidades, supostamente, presentes na perda de autonomia e de independência, a sociedade está menos empenhada em considerar e lidar com estas situações. Os idosos frágeis, continuam a não ser respeitados como pessoas plenas de Direitos, e como tal com dignidade inata como ser humano. Como nos diz o Princípio da Igualdade manifesto no Artigo 13º, ponto um, da Constituição Portuguesa, que refere, que “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”. O ignorar o seu sentir, ignorando as suas necessidades, vontades e potencialidades, não ser considerado pela família, ou infantilizado pelas instituições,

mostra como na prática, apenas lhes é dado o direito a frequentar os estabelecimentos de Apoio Social, mas sem participação e longe das decisões públicas, sejam Leis, Decretos e intenções das Políticas Sociais. Que referências existem nessas Leis que obriguem e controlem o modo como a assistência é efetuada? Que condições de espaço físico, condições económicas e recursos humanos existem nas Instituições, para dar a melhor resposta ao projeto de vida de um idoso dependente ou não de terceiros?

A nossa realidade atual do envelhecimento da população, é bem diferente das imagens tradicionais da velhice. Vivemos mais anos, mas muito frequentemente aliados a estados parciais ou totais de dependência de outros. A esta situação acresce a realidade de cada vez haver menos descendentes que possam ajudar a cuidar. Existe uma necessidade latente no despertar de uma atitude crítica e reflexiva nos cidadãos sobre os direitos humanos investindo no seu entendimento sobre a igualdade de oportunidades e na aceitação mútua das diferenças. O cidadão está consciente e é cada vez mais exigente ao ter consciência dos seus direitos. Quanto mais a consciência existe, maior o desânimo e a insatisfação, quando não lhes é proporcionado qualidade na sua vida e satisfação das suas necessidades intelectuais e afetivas. “ A terceira Idade não é o clímax nem o anticlímax da vida. É um período normal do ciclo de vida, com os seus próprios desafios e com as suas oportunidades” (Papalia, 2009, p.664)

Os idosos que vivem em Instituições, por necessidades de apoio para as suas AVD's, mas sem défice cognitivo, ou apenas défice ligeiro, têm consciência das suas limitações, e esperam que a sua vida seja respeitada e lhes continue a dar satisfação. Os idosos precisam de apoio para as suas AVD's, porque perderam capacidades funcionais e não porque deixaram de sentir vontades e fazerem escolhas. Não podemos aceitar que os ambientes oferecidos aos idosos, sejam fisicamente ou humanamente opressores para estes, fazendo-os sofrer duplamente, pelas suas deficiências ou incapacidades físicas, cognitivas ou de memória, mas também pelas distorções afetivas a que ficam sujeitos, provocadas pelas relações com cuidadores formais ou informais (Agich, 2008).

Podemos considerar que a Autonomia é realmente o conceito central para o pensamento sobre a ética do cuidado de longo prazo. “Os indivíduos precisam de cuidados de longo prazo porque sua capacidade de atuar autonomamente no mundo foi comprometida, pela incapacidade ou pela fragilidade”(Agich 2008, p.323). Podemos

no entanto desenvolver uma visão alternativa de Autonomia efetiva, baseada numa compreensão concreta da experiência quotidiana da autonomia no cuidado de longo prazo. A Autonomia deixa de ser considerada como independência, para ser analisada nas condições concretas do indivíduo na sua vida quotidiana.

Agich (2008), aborda uma visão fenomenológica da autonomia efetiva, considerando que só se pode considerar a pessoa autónoma em relação às suas ações quotidianas. Segundo o autor, a Autonomia efetiva é manifestada nas ações quotidianas no mundo compartilhado, da vida social. A Autonomia é assim vista como uma característica central do indivíduo em relação com os outros. Estes outros tanto são quem lhes proporciona a aprendizagem de habilidades motoras e de comunicação básicas, como podem favorecer um reforço e desenvolvimento adicional de habilidades ao longo de toda a sua vida de necessidades de cuidados de longo prazo.

A capacidade de negociar entre as suas capacidades e necessidades de apoio, é um requisito para o desenvolvimento de uma perceção madura do eu. Mas para o idoso debilitado alimentar uma perceção realista do eu, exige um esforço seu e dos outros que o envolvem. No entanto neste cuidado de longo prazo, sabemos que se vai perdendo esta consciência de si, e a perda de autonomia efetiva, poderá vir a acontecer. Segundo o autor a “realidade concreta da autonomia, portanto, tem pouca ou nenhuma semelhança com o retrato abstrato fornecida pela teoria liberal” (Agich, 2008 p. 246). Segundo a Teoria de Baltes (1990), o idoso porque é idoso, não está incapaz de se adaptar a novas situações da vida. O desenvolvimento e os processos básicos de funcionamento humano continuam ativos por toda a vida. Não devemos assim considerar que o idoso está plenamente formado, excluindo novas hipóteses de se adaptar às suas limitações, ter consciência delas e vivê-las com capacidade de adaptação e melhoria da sua qualidade de vida. Como Agich afirma, “ Neste sentido é um erro pensar que cuidar de idosos possa envolver apenas salvar ou preservar algum traço restante de um EU passado” (Agich, 2008 p. 255). Os idosos devem ser envolvidos na interação com o mundo e os outros. “A tarefa ética do cuidado de longo prazo, portanto, não é assim simplesmente preservar identificações passadas, ou algum estado ideal de funcionamento, mas encontrar uma maneira mais rica e eticamente mais adequada de conceitualizar as características do mundo social da vida quotidiana dos idosos dependentes, ao longo de todo o âmbito dos encontros humanos de longo prazo” (Agich, 2008 p. 255 e 256).

A maioria das Instituições não está preparada para a prestação de cuidados de longo prazo a pessoas idosas que apresentem perda da sua autonomia, nem os profissionais preparados para tratar deles de uma forma adequada. As pessoas são facilmente anuladas na sua individualidade e tratadas como se não tivessem vontades e capacidades próprias, negando-lhes um direito fundamental que é a sua autodeterminação. Para percebermos qual a visão e o sentir do mundo envolvente por parte dos idosos dependentes, iremos apresentar a abordagem de Agich (2008) sobre este assunto.

De entre as várias características de Autonomia, Agich (2008), escolheu quatro, que iremos considerar neste estudo. São elas, o espaço, o tempo, a comunicação e a afetividade. Cada uma delas representa um esforço de adaptação a uma nova forma de vida, a um novo mundo, da parte do idoso com capacidades diminuídas e o enfrentar as limitações causadas pela doença.

O Espaço

Este conceito de Espaço, dá a configuração onde decorre o movimento e a ação, onde o idoso se movimenta. No caso de uma cadeira de rodas, a ação fica limitada ao espaço onde a cadeira de rodas pode circular. Para um idoso com diminuição das suas capacidades motoras e sensoriais, o seu “mundo” torna-se mais reduzido. Assim a perspetiva do mundo envolvente é alterado. Isto também acontece, pela postura do idoso em relação aos outros, uma vez que se localiza numa posição inferior quando em cadeiras de rodas. O idoso debilitado tem uma diminuição de escolhas possíveis para se localizar, e requer uma compreensão maior da parte dos Cuidadores e um maior cuidado na relação, respeitando o EU do idoso, e a forma como ele se sente afetado pela perda. Quando o espaço passa a ser confinado a um quarto, ou mesmo a uma cama, o indivíduo perde o contato físico com o mundo exterior, aumentando a sua dependência e passividade. São agora os outros que fazem as coisas, inclusive a sua higiene diária, perdendo-se assim o contacto com o exterior, mas também com o seu corpo. “ Como resultado, parece que nada resta para a pessoa. É como se ela houvesse abdicado de porções inteiras do EU”, afastando-se do mundo e de si próprio. “O espaço torna-se alheio, inconquistável e para não mais ser usado” (Bergsma, Thomasma, 1982, p. 131).

O Tempo

Segundo Agich (2008), O Tempo é o segundo elemento importante, que interfere na autonomia e no cuidado de longo prazo. A temporalidade é uma dimensão humana, o desenvolvimento do seu processo de vida comporta toda a sua identidade histórica. Na perspectiva do mundo contemporâneo, o Tempo é uma variável objetiva, para nos orientar nas ações pessoais e sociais. Quando nos referimos que não temos tempo para alguma “coisa”, estamos a considerar essa “coisa” uma realidade nossa, um interesse. O tempo fornece uma orientação fundamental na nossa sociedade. Um idoso quando internado numa Instituição, reclama que lhe dediquem tempo, não só porque necessita de cuidados de um profissional, mas também como pessoa necessita da atenção e relação com outras pessoas. Esta situação poderá ser simultânea, prestar cuidados e dar atenção, mas infelizmente nem sempre faz parte da prática dos Cuidadores. Os idosos sentem muitas vezes que são cuidados sem nenhum envolvimento afetivo e emocional. O tempo a eles dedicado não os faz sentir pessoas envolvidas no mesmo espaço temporal, que é a dimensão que assegura a sua continuidade social. O aborrecimento, desinteresse ou o tédio que o idoso pode sentir pela sua vida, tem a ver com o desajuste entre o que gostaria de poder fazer, só, ou com ajuda, e o que realmente faz, ou melhor não faz, porque depende de outros que podem não estar atentos às suas vontades (Bergsma, Thomasma, 1982, p.138-140). “Assim para o idoso pertencer verdadeiramente ao mundo, deve-se permitir que ele compartilhe o tempo com outros significativos. Permitir que isso ocorra, então, pareceria ser uma maneira significativa de respeitar o idoso fragilizado como agente autónomo”(Agich 2008, p.273).

A Comunicação

A comunicação entre cuidadores e idosos dependentes, não é apenas importante na troca de informações e mensagens, mas também pela forma como essa mensagem é recebida e interpretada. A comunicação pode assim promover ou frustrar o indivíduo, interferindo na continuação da relação com o outro. Os Cuidadores das Instituições, habituados às diferentes tarefas de cuidar de um idoso dependente, com rotinas e tempos estabelecidos para o fazer, mais uma vez não valorizam o idoso como pessoa e

não lhes dão tempo para ele se pronunciar. A Comunicação que pressupõe sempre um emissor e um receptor que entende e retribui a mensagem, seja verbal ou não, fica aquém de acontecer. Ao idoso não é questionado o que deseja, não conseguindo através da comunicação satisfazer as suas reais necessidades. Muitas vezes as respostas e ações surgem sem que tenha sido considerado de qualquer forma a sua vontade. Estas situações são ainda agravadas, quando se tem uma linguagem imprópria ou desrespeitadora para com o idoso, infantilizando-o ou ridicularizando as suas ações e quando se induz à sua passividade. Mesmo que o discurso não seja diretamente para com eles, idosos cognitivamente capazes, vêem-se como sujeitos possíveis do mesmo trato. Estas situações frustrantes, num mundo reduzido de relações interpessoais, intensificam a vivência e o sentimento de tristeza, inutilidade e acentuam a dor psicológica e muitas vezes física de que padecem. Contudo, as posturas positivas dos cuidadores também existem, e são estas naturalmente que devem ser promovidas, através da atenção, da palavra, do tom de voz, da atitude, dos gestos, do olhar e do tato. Os “Strokes” ou toques, são mensagens, informações positivas ou negativas que são trocadas nas relações interpessoais e que influenciam a comunicação. Os “Strokes” positivos, “são sinais de reconhecimento que satisfazem o sujeito, porque o valorizam e lhe dão força para prosseguir” (Fachada 2001, p.237). A comunicação deve ser considerada um componente essencial na reflexão da relação que se estabelece com os idosos dependentes e no efeito que tem na sua autonomia efetiva.

A Afetividade

A ligação do homem ao mundo faz-se através da afetividade, existindo diferentes importâncias dadas aos aspetos e representações que esse mundo tem para o indivíduo. Segundo o mesmo autor, (Agich, 2008 p.296) “A afetividade liga ou separa os indivíduos”. Surgem “sentimentos e estados de espírito, que tornam esses mundos hospitaleiros ou ameaçadores, confortáveis ou desconfortáveis, familiares ou estranhos” (Agich, 2008, p.298). Quando se fala na capacidade de indivíduos idosos dependentes, enfrentarem as adversidades, fala-se na capacidade de se lidar com sentimentos de dor e tristeza, provocados pelas perdas, isolamento, solidão, angústia, abandono, incompreensão e incapacidades.

As manifestações comportamentais da fadiga, segundo Agich (2008), surgem pelo cansaço da situação vivida de incapacidade. “Evitar a natureza afetiva, é evitar a identidade concreta do eu que sofre, movimento indubitavelmente reforçado por nossa reticência em enfrentar o pântano emocional de nossos sentimentos sobre a incapacidade”(Agich, 2008 p.300). Quando a doença e incapacidade obrigam o idoso a uma alteração de modo de vida e de suas relações afetivas, forçam-no também a acomodar-se a uma série de sentimentos e emoções que anulam o eu e o obrigam a aprender a viver com as dependências, o que naturalmente obriga a um grande esforço. As consequências são um cansaço físico e emocional manifestado no presente, que lhe vai retirando forças para o futuro. A ligação do idoso com o presente vai-se perdendo por não encontrar força, compreensão e efetiva ajuda dos cuidadores, quer para as suas AVD's, mas também para outras atividades que gostaria, e que sente capacidades de desempenhar. Prevaecem então os sentimentos de tristeza, abandono e solidão.

1.4.3 Depressão e Velhice

A depressão nos idosos é frequentemente subestimada, como se nesta fase da vida já não existissem motivos para ela surgir, desvalorizando-se o impacto desta doença em qualquer ser humano. No entanto esta é a fase da vida em que ocorrem mais acontecimentos que podem desencadear esta patologia, nomeadamente as que se relacionam com as perdas. Perda de saúde que motiva estados de dependência e incapacidades, que confrontam constantemente o idoso com os tempos de juventude e adultez. Perda de familiares, conjugues e muitas vezes filhos que alteram profundamente as relações de afetividade. Perda de papéis sociais que os afastaram e isolaram da sociedade, sociedade esta que não lhe devolve um lugar onde se possa continuar a desenvolver e a participar, ou mesmo que lhe permita viver no seu mundo com os apoios necessários para que possa manter a sua dignidade. Por último parece que não têm direito a estarem deprimidos e a serem tratados de forma que melhor possam viver com a sua velhice. A depressão confunde-se muitas vezes com a demência ou com o envelhecimento mental normal, como se à idade estivesse sempre que estar associada a tristeza e a angústia. No entanto isto não é verdade, pois o envelhecimento bem-sucedido prevê um reduzido número de doenças, especialmente as que causam perda de autonomia (Fontaine, 2000) uma boa condição física e

funcional aliada a um bom desempenho cognitivo e envolvimento social. Por outro lado podemos definir depressão como um processo patológico de degradação da autoestima, associado muitas vezes à perda de autonomia, desequilíbrios de personalidade e emocionais, bem como resultado da desadaptação às novas condições de vida. O início da depressão também pode ter causas físicas, provocadas pela falta de irrigação cerebral e influenciar o pensamento e a motivação. O estado depressivo da pessoa idosa pode ser medido por questionários e escalas, onde é avaliada a relação das perdas com a capacidade de adaptação às mesmas, e o entusiasmo com a vida que nos transmite o bem-estar subjetivo do idoso (Fontaine, 2000). A postura dos nossos profissionais de saúde, protelam muitas vezes o tratamento e fazem com que muitas demências surjam por depressões ignoradas. Por outro lado, o reconhecimento dos sinais e sintomas de depressão e o diagnóstico e tratamento adequados, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, prevenindo situações e consequências muito mais difíceis, mais caras e irreversíveis.

Para a realização do diagnóstico é importante avaliar se: existiram anteriormente episódios depressivos, se surgiu uma incapacidade repentina, doença dolorosa, maus tratos, morte de familiar ou amigo próximo, quebra de rotinas por institucionalização ou mudança de habitação e também efeitos e interações medicamentosas. As situações de não identificação da depressão têm a ver com falta de acompanhamento ao idoso, por falta de tempo e dedicação, desinteresse, falta de sensibilidade e reconhecimento dos sinais. Assim a depressão é o resultado de múltiplos fatores, biológicos, psicológicos, familiares, sociais, culturais, económicos mas que também podem coexistir com a demência. A depressão e a demência são duas problemáticas da velhice que se podem confundir. No entanto na depressão é mais frequente acontecerem mudanças significativas no comportamento e na consciência dos doentes, de uma forma mais acelerada do que na demência, cujos sintomas se vão desenvolvendo de forma mais lenta (Kendler, 1985). O reconhecimento das emoções positivas e negativas nos discursos dos idosos, ou nas mensagens enviadas, são uma forma de prevenção da depressão. Conseguem-se apreender as mudanças cognitivas, mas também as alterações do estado afetivo que tem um papel fundamental nos processos de manutenção de memória que formam a base do conhecimento e da ligação ao mundo envolvente. O terapeuta auxilia assim o idoso na construção de representações e relações mais positivas, que só se conseguem com um trabalho efetivo da parte do

terapeuta, promovendo a sua autoestima, mas também das mensagens captadas pela família, ou em caso de institucionalização, as mensagens captadas pelos cuidadores e técnicos, fazendo o devido acompanhamento e encaminhamento de situações que poderão vir a necessitar de intervenção, sem deixar a depressão chegar e se instalar, atingindo proporções que obriguem o idoso a sofrer e a perder alegria de viver.

1.5 – ENVELHECIMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS

Os sentimentos de dor ou de prazer, segundo António Damásio (2004), são os alicerces da nossa mente. São no entanto, segundo o autor, os menos compreendidos no que diz respeito às suas representações neurobiológicas, contrariamente às emoções, que têm campos cerebrais específicos onde se manifestam. Para o autor (Damásio, 2004), a emoção e o sentimento andam sempre ligados, sendo a emoção que precede o sentimento. Podemos no entanto sofrer alguma lesão cerebral que pode fazer com que não consigamos manifestar certas emoções, por outro lado, podemos sentir, sentimentos que podem não ter a ver com elas e vice-versa. “De forma surpreendente, contudo, alguns doentes incapazes de sentir certos sentimentos eram ainda capazes de exprimir as emoções que lhe correspondem, ou seja, era possível exibir uma expressão de medo mas não sentir medo”. (Damásio, 2004, p.19). O objetivo do estudo de Damásio, era elucidar sobre quais os mecanismos que permitiam aos nossos pensamentos desencadear estados emocionais e construir sentimentos e contribuir para a “descoberta de tratamentos eficazes de algumas causas de sofrimento humano, como a depressão e a dor”. Segundo Damásio, Espinosa “recomendava que lutássemos contra as emoções negativas com emoções ainda mais fortes mas positivas, conseguidas através do raciocínio e do esforço intelectual”. “As emoções são ações ou movimentos, muitos deles públicos, que ocorrem no rosto, na voz, ou comportamentos específicos”, que podem não ser perceptíveis naturalmente, mas conseguem ser captados por níveis hormonais sanguíneos, ou ondas eletrofisiológicas. “As emoções desenrolam-se no teatro do corpo. Os sentimentos no teatro da mente”. (Damásio, 2004, p.44). As emoções e as reações que as constituem fazem parte dos mecanismos de regulação da vida e são, segundo o autor, os alicerces dos sentimentos.

Segundo Damásio, Espinosa disse que um ser vivo está formado para lutar, contra as ameaças e tentar o equilíbrio e coerência das estruturas e funções do organismo.

Quando vê que não vale a pena, deixa de lutar, tenta no entanto o equilíbrio, a auto preservação e a integridade (Damásio, 2004).

Uma emoção, segundo o autor, é uma coleção de respostas químicas e nervosas a estímulos detetados pelo cérebro. “As emoções são um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa” (Damásio, 2004, p. 71) Sempre que uma emoção ocorre sem que tenhamos consciência do estímulo emocional que a provocou, a emoção indica que o organismo avaliou a situação. No desenvolvimento humano, os objetos que nos rodeiam desencadeiam em nós emoções, fortes, fracas, más, boas, conscientes ou inconscientes. Segundo Damásio, os fenómenos que levam à criação da emoção, tem origem no aparecimento na mente do “estímulo-emocional-competente”. As zonas do cérebro capazes de desencadear as emoções são fundamentalmente, segundo o autor, a *amígdala* e a *região pré-frontal ventromediana*. Lesões cerebrais nestas zonas, impedem os indivíduos de sentir determinadas emoções, ligadas ao campo visual e auditivo, (*amígdala*), impedindo assim que se desenvolvam sentimentos com elas relacionados. A *região pré-frontal ventromediana*, está mais sintonizada para a deteção de estímulos mais complexos, como objetos e situações capazes de desencadear emoções sociais (Damásio, 2004, p.78). As zonas de execução de emoções são, segundo o autor, o hipotálamo, a zona *do prosencéfalo basal* e núcleos do tronco cerebral. A emoção não é assim produzida no local onde é desencadeada. É passada a mensagem para outras regiões cerebrais.

Os sentimentos não são uma mera decoração das emoções, qualquer coisa que possamos guardar ou deitar fora. Os sentimentos podem ser, e geralmente são revelações do estado da vida dentro do organismo. Podemos dizer que os sentimentos são perceções, que temos do mundo exterior. Sentimento é a perceção de “um certo estado do corpo” (Damásio, 2004). “Os sentimentos de prazer, ou de dor, ou de toda e qualquer qualidade entre dor e prazer, os sentimentos de toda e qualquer emoção ou dos diversos estados que se relacionam com uma qualquer emoção, são a mais universal das melodias, uma canção que só descansa quando chega o sono, e que se torna num verdadeiro hino quando a alegria nos ocupa ou se desfaz em lúgubre requiem quando a tristeza invade” (Damásio, 2004, p.17).

Quando Damásio se refere aos sentimentos de Alegria ou de Mágoa, considera-os como dois “emblemas” da nossa vida afetiva, consequentes de uma ação

desencadeadora e de execução de uma emoção. A alegria está relacionada com estados de equilíbrio para o organismo, que conduzem à sobrevivência com bem-estar, que aumentam a capacidade de atuar, num estado de maior harmonia funcional (Damásio, 2004, p. 159). A Mágoa inclui estados negativos como a angústia, o medo, a culpa e o desespero, que se refletem num estado de Dor. Aqui o autor refere um estado de desequilíbrio funcional. Surgem sinais de doença, de fragilidades fisiológicas que podem mesmo interferir com as funções vitais. “Se a mágoa não é corrigida, segue-se a doença ou a morte” (Damásio, 2004, p. 160). Os sentimentos são assim manifestações mentais de harmonia ou desarmonia, do estado interior do organismo.

As lesões cerebrais em regiões onde ocorrem certas emoções e sentimentos, (região pré-frontal), os indivíduos perdem a capacidade de se auto governar. Nestes doentes a capacidade de decisão fica fortemente comprometida, familiarmente, financeiramente e profissionalmente, rompendo-se os contratos sociais estabelecidos. No entanto, as aptidões sociais destes indivíduos, segundo o autor, mantêm-se, mas a sua capacidade de desempenho é que não. A confiança no outro também fica comprometida, perdendo também muitas vezes a noção do que é socialmente permitido, ética e culturalmente.

Outras lesões cerebrais, no setor parental do hemisfério cerebral direito, provocam normalmente paralisias do lado esquerdo do corpo. Nestes doentes não existem anomalias no seu comportamento social. Têm consciência das suas capacidades, mantêm as relações sociais, mas enfrentam as limitações físicas para as suas atividades de vida diária. Aqui entra, na maioria das vezes, a necessidade de Cuidados de longo prazo. No entanto, segundo o autor, quer as emoções positivas, quer as negativas, assim como os sentimentos que lhes estão associados, são presenças constantes no nosso mundo social, ajudando a antever o que de “bom ou mau se poderá passar num futuro distante”. Neste sentido, podemos dizer que os sentimentos podem refletir o estado da vida, de cada indivíduo ou grupo de indivíduos. Especialmente os sentimentos de alegria e de mágoa, podem, segundo o autor, ser promotores de um ambiente físico e cultural que reduza a dor e defenda o aumento do bem-estar.

A vida humana é regulada por mecanismos naturais, internos, de que todos somos portadores, como o metabolismo e as emoções. Atualmente, com o avanço da tecnologia e Ciências médicas, mas também com a inovação para se criarem melhorias e adaptações ao espaço físico, deveríamos poder contar com uma população idosa,

mesmo com dependências muito mais inclusiva, participativa e feliz do que na realidade encontramos. Na complexidade do nosso mundo, as forças motivadoras do indivíduo não chegam para a autonomia na satisfação das suas necessidades, mesmo as fisiológicas. Estamos dependentes de uma estrutura complexa cultural, social, econômica e política em cadeia que nos torna a todos, peças da engrenagem que é a nossa sociedade. Espinosa, segundo Damásio, fala numa auto preservação como princípio biológico, para nos manter a nós mesmos e ajudar os outros., As Instituições Sociais, financeiras, econômicas, judiciais e religiosas existem para regular, criar equilíbrio neste sistema, “homeostasia social” (Damásio 2004, p. 191). As Instituições são formadas por homens, que devem ter em atenção, para além da satisfação dos seus desejos, a satisfação dos desejos e sentimentos dos outros. Segundo Damásio, “a meta final destas Instituições é a promoção da vida e o evitar da morte, é o robustecer do bem estar e a redução do sofrimento”(Damásio, 2004, p.192). As boas ações, segundo o mesmo autor, são aquelas que, não só produzem bons resultados para o indivíduo, mas também não causam qualquer dano a outros indivíduos. Refere ainda que “Os indivíduos humanos conscientes, conhecem os seus apetites e emoções sob a forma de sentimentos, e esses sentimentos aprofundam o conhecimento que esses seres humanos têm da fragilidade da vida” (Damásio, 2004, p.200). Os sentimentos surgem na sequência da emoção, permitindo que os acontecimentos importantes da nossa vida, não passem despercebidos, influenciando o raciocínio e a tomada de posições. O proporcionar aos idosos a possibilidade de se manifestarem participando, exigindo, rindo ou chorando, é fazê-los sentir e transmitir esses sentimentos, para que se sintam vivos e mantenham a capacidade de decisão. As emoções e sentimentos, são assim importantes para o equilíbrio da vida pessoal mas também para o governo da vida social. Cada novo momento da nossa vida pode trazer alegrias ou tristezas, bem como circunstâncias imaginárias também de tristeza ou alegria, das consequências futuras desses mesmos momentos. A consciência e memória que temos dos acontecimentos, podem ser fonte de alegria, mas também, muitas vezes fonte de profunda amargura, como é o caso do sofrimento físico e psicológico vivido por grande parte da nossa população idosa, institucionalizada ou não. Para muitos idosos, o afastamento da vida social também lhes limita os estímulos a que têm de reagir, e assim, como defesa preferem não sentir, afastando-se lentamente da vida.

1.6 - POLÍTICAS E RESPOSTAS SOCIAIS

O conceito de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde, em 2002, pretendia realçar a importância de “dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida”. Esta mensagem tem sido ao longo dos anos um grande contributo de base para entidades oficiais de vários países, elaborarem documentação orientadora para a prática efetiva desse mesmo conceito, assente em três premissas principais: otimização das condições de saúde, participação e segurança. Este conceito traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de cuidar de si própria, ainda que necessitando de alguns apoios quer no seu seio familiar ou institucional. A Teoria da Atividade, segundo Havighurst, (cit in. Berger & Mailloux 1995) assentava no pressuposto que a atividade é um elemento fundamental para um envelhecimento saudável, fomentando uma vida mais longa e aumentando a sua qualidade. Segundo este autor, os princípios orientadores que devem ser seguidos, passam por promover as atividades e integração social dos indivíduos idosos, como meio para obter mais saúde, autoestima e satisfação na vida.

Para além dos cuidados de higiene e conforto, de alimentação e cuidados de saúde, o acompanhamento psicossocial, intelectual, emocional, espiritual e cultural, completam o ser humano nas suas várias dimensões.

A promoção desta saúde física e mental nos idosos, recai assim nas instituições, que na sua maioria não têm os recursos necessários para assumirem esta responsabilidade. Neste sentido e no caso português muita documentação tem sido produzida no intuito de servir de base à melhoria de procedimentos nos cuidados aos idosos alojados em Estruturas Residenciais. Falamos em Políticas e Manuais da Qualidade publicados pelo ISS, I.P., (2008), que consagram ideais para que as Instituições de apoio a idosos, prestem os seus serviços num contexto humanizado e personalizado, tendo em conta as efetivas necessidades e interesses dos idosos. As Instituições têm que ter uma visão holística do Ser Humano, independentemente da sua idade, sendo que “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei” (Artigo 13º, 1º ponto da Constituição da República Portuguesa). Na continuação do mesmo artigo, no segundo ponto, é referido que “Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito, ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou

ideológicas, instrução, situação económica ou condição social”. Como se pode analisar, não aparece o conceito de idade neste conjunto de pressupostos que promovem a igualdade entre os cidadãos. Porquê então a idade tem na prática tanto peso negativo na nossa sociedade, como limitadora de direitos?

O artigo da Constituição referente à Terceira Idade, refere que, “A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.” (Artigo 72º, Constituição da República Portuguesa). Pretende-se assim, que as Instituições que atuam neste âmbito, promovam a qualidade de vida para um “envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado” (Instituto de Segurança Social, Estrutura Residencial para Idosos - Manual de processos chave, p.2). Este Manual traça diretrizes importantes e dispõe de ferramentas para a implementação da qualidade nos vulgarmente chamados Lares, exigindo planeamento e acompanhamento da parte de todos os colaboradores das Instituições na sua elaboração, validação, implementação, monitorização, avaliação e revisão.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social, IPSS’s, são Instituições sem fins lucrativos, criadas por iniciativa não Estatal, mas que atuam em diferentes domínios Sociais. São representadas por Associações, Centros Sociais, Centros Paroquiais, Misericórdias, Mutualidades, entre outras. As transformações verificadas na sociedade, especialmente de índole demográfica e familiar, assim como o progressivo envelhecimento da população e a própria diversidade do mesmo, tornaram imperativo novas formas de intervenção, de ajustamento e flexibilidade das mesmas. São usualmente compostas por valências, equipamentos ou serviços, tentando dar resposta e minimizando as carências sociais da população mais fragilizada, onde se inclui a população idosa.

Atualmente os idosos podem recorrer a vários tipos de respostas sociais, participadas de modo diferente pelo Instituto de Segurança Social dependendo da sua capacidade, responsabilidade, envolvimento e duração dos serviços prestados. Os idosos podem usufruir dos diferentes serviços, de acordo com as suas necessidades, possibilidades económicas e proximidades das mesmas. O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social desenvolvida a partir de um equipamento, que

presta serviços no próprio domicílio, a indivíduos ou famílias que não possam temporária ou permanentemente assegurar a satisfação das necessidades básicas de vida diária, retardando muitas vezes a admissão em Lar. O Centro de Convívio procura dinamizar o convívio entre pares, desenvolver atividades sócio recreativas, promovendo a participação ativa das pessoas na comunidade. O Centro de Dia, para além da promoção do convívio, pode prestar serviços de refeição, higiene e transporte, contribuindo para que as pessoas idosas se mantenham no seu meio sociofamiliar.

Existem também, embora em número reduzido, os Centros de Noite, para os idosos que embora autónomos, vivam em situação de isolamento e insegurança durante a noite, recorrendo ao centro no final do dia, apenas para dormir. O Acolhimento Familiar é uma resposta em que famílias idóneas recebem até 3 idosos no seu meio familiar, quando estes não tenham condições de permanecer no seu domicílio, garantindo à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar respeitador e afetivo. Existem ainda as Residências que se assemelham aos Lares, mas onde normalmente as pessoas são mais autónomas e se responsabilizam pelas suas atividades de vida diária.

A Resposta Social Lar de Idosos, atualmente definida como Estrutura Residencial, destina-se a proporcionar alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas, ou outras, em situação de maior risco de perda de independência e/ ou de autonomia (Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro). Este despacho apresentou as Disposições Legais e Técnicas Enquadradoras desta Resposta Social. Tinha como objetivos acolher pessoas com mais de 65 anos, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e /ou de saúde, não lhes permitisse permanecer no seu meio habitual de vida e assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência, entre outros.

A Portaria nº 67/2012 de 21 de Março, veio ajustar o enquadramento normativo em vigor, acrescentando a preocupação com a possibilidade de utilização máxima das capacidades de alojamento em condições de qualidade e segurança. Veio reforçar a ideia de que um Lar de Idosos é um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, apoio nas atividades de vida diária, apoio psicossocial e espiritual, fomentar

o convívio e proporcionar a animação social e a ocupação de tempos livres dos utentes. Esta Portaria refere ainda que os princípios de atuação de uma Estrutura Residencial, são a qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade, fazer uma avaliação integral e interdisciplinar das necessidades dos residentes, bem como promover a manutenção da funcionalidade e da autonomia dos mesmos.

Os objetivos expressos nesta Portaria, visam proporcionar serviços de apoio biopsicossocial às pessoas idosas, contribuir para um processo de envelhecimento ativo, fomentar as relações sociais e potenciar a integração social. Parece haver uma diferença de paradigma, quando se diz no despacho Normativo 12/98, que um dos objetivos, é “Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento”, enquanto na Portaria 67/2012, se substitui o objetivo por “contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo”, onde poderemos subentender que está implícito aumentar a expectativa de vida, o crescimento e desenvolvimento pessoal, aumentar a capacidade de decisão, promover a qualidade de vida e criar ambientes facilitadores de autonomia.

Estas respostas, principalmente as estruturas residenciais, embora sejam construídas sem barreiras arquitetónicas, ou estas tenham sido eliminadas, na sua maioria ainda apresentam muitas limitações à utilização dos diferentes espaços por pessoas dependentes.

Face à diminuição de capacidades e problemas de saúde existentes nos indivíduos idosos, a Institucionalização deverá contribuir para um equilíbrio favorável entre as perdas e os ganhos possíveis, adaptando e otimizando o meio físico e social, com vista a aumentar efetivamente a qualidade de vida do sujeito no seu envelhecimento. O idoso tem direito a receber os cuidados em pleno respeito pela sua dignidade, privacidade, crenças e escolhas.

Estávamos no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, sendo assim compreensível a mudança de linguagem. No entanto continua a parecer que existe apenas um conjunto de intenções, querendo fazer alguma coisa pelos idosos. É reforçada a ideia de que precisam de alguém que se interesse por eles, não parecendo que a sociedade à partida, os respeite como indivíduos plenos de direitos.

O Ano de 2012, foi decretado pelo Parlamento Europeu, como Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações. Visou o intercâmbio de boas práticas, estimulação do debate construtivo e a sensibilização social para a mudança cultural perante o envelhecimento e a intergeracionalidade, tendo por base a Saúde, a Participação e Autonomia dos cidadãos.

Já há 10 anos, o tema da última Assembleia Mundial da ONU, (Organização das Nações Unidas), sobre Envelhecimento Humano, que ocorreu em 2002, em Madrid, foi “Uma Sociedade para todas as idades”. Essa Assembleia aprovou importantes documentos de orientação de políticas públicas relacionadas com o envelhecimento humano. Uma das orientações era fazer com que a população idosa fosse uma força produtiva nas sociedades, promovendo-se paralelamente a saúde e o bem-estar da população em todas as etapas do desenvolvimento humano, para que na fase da velhice se alcançasse um bom estado de saúde. Pretendia-se que se vivesse em ambientes que capacitassem os indivíduos para compensarem as alterações físicas e sociais que acompanhavam o processo de envelhecimento e que as fases da vida, de formação, trabalho e lazer, pudessem coexistir. Esta promoção para um Envelhecimento Ativo também já tinha sido reconhecida, em 1996, na Assembleia Geral das Nações Unidas, que adotou a Resolução n. 46/91, contendo os Princípios das Nações Unidas em favor da Pessoa Idosa, onde foram apresentados cinco princípios base sobre o envelhecimento humano. São eles a promoção da independência, participação, assistência, auto realização e dignidade.

No âmbito da saúde, surge também o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, que é um instrumento que pretende enquadrar os objetivos de todos os que têm por missão melhorar e recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal. Tem por base as avaliações dos indicadores, metas, monitorização e resultados do Plano anterior (2004-2010), avaliação do mesmo pela OMS- Europa (WHO – Euro, 2010), e de outras avaliações Europeias e Nacionais.

O atual Plano Nacional de saúde assenta em Políticas Saudáveis, que pretendem o desenvolvimento social dos indivíduos, famílias e comunidades, dando resposta às novas situações de aumento de literacia em saúde, de um envelhecimento mais ativo a par do aumento das doenças crónicas. “As Políticas saudáveis deverão promover uma cultura de saúde como um capital social em todos os contextos e atividades,

privilegiando a qualidade de vida, a equidade, a redução das desigualdades sociais e as competências individuais e sociais ”(PNS 2011-2016, p. 18, Enquadramento), bem como criar soluções, articuladas com outros setores, para dar resposta às necessidades específicas, como é o caso dos grupos socialmente vulneráveis, onde estão inseridos uma grande parte da nossa população idosa.

O PNS procura assim uma resposta inovadora, sensibilizando os profissionais de saúde, desenvolvendo competências, trabalho multidisciplinar, valorizando o conhecimento das Instituições, e delegando responsabilidade na monitorização de necessidades e resultados, para se conseguir uma aproximação das políticas locais às reais necessidades e envolvimento de todos incluindo os destinatários, que serão naturalmente os cidadãos.

O Ano 2013, foi decretado como Ano Europeu do Cidadão, com o objetivo de elucidar sobre os direitos e deveres do Cidadão, promovendo uma cidadania ativa. No entanto, já em 1993, a União Europeia, criou o conceito de Cidadania através do tratado de MAASTRICHT, que entrou em vigor a 01 de Janeiro de 1993. Passados 10 anos, muitos cidadãos comuns ou com poder de decisão, desconhecem ou não valorizam suficientemente, os direitos e deveres enunciados nesse documento. Precisamos de um novo modelo social diferente do caritativo que existe. Precisamos de um modelo que tenha em conta o estado de saúde, a capacidade financeira e a funcionalidade, mas também as capacidades destes “Novos Idosos”, que não queira “dar dignidade”, mas respeitar a que cada indivíduo, por si só já possui.

1.6.1 – Políticas de Qualidade, Processos-Chave de melhoria contínua

A par das alterações demográficas iniciadas já nos séculos XIX mas mais evidentes a partir do século XX, o envelhecimento da população constitui nas sociedades contemporâneas desenvolvidas um problema de cultura, de economia e de organização social. Neste campo surgem também questões associadas que têm a ver com o tipo de respostas sociais existentes destinadas aos cidadãos mais envelhecidos, o respeito pelos seus direitos e a qualidade de vida que lhes é proporcionada.

As organizações privadas, e de economia social, na área de apoio à população idosa, deverão ter a preocupação de conhecer as características e necessidades atuais da

população envelhecida, para melhor identificarem que respostas imediatas necessitam, mas também, que respostas a novas necessidades poderão surgir no futuro. Os equipamentos existentes, o controlo de saúde, o suporte social, o apoio familiar, a formação e o envolvimento dos cuidadores, são determinantes para a promoção do bem estar, da realização pessoal e satisfação com a vida da população idosa. A intervenção não deverá assim ser global, mas sim adaptada a cada caso específico, uma vez que as particularidades são muitas e as respostas no campo da saúde e de apoio psicossocial, devem assumir um papel decisivo na prevenção das capacidades físicas, cognitivas e relacionais, particulares de cada idoso. Fazer com que as Instituições possam ser vistas como uma oportunidade de realização pessoal, por reunirem os recursos físicos e humanos para que o idoso sinta que vai dar continuidade aos seus interesses de vida, que lhe poderão ser oferecidas possibilidades de satisfazer desejos que pensavam nunca poder vir a satisfazer, bem como despertar interesses e potencialidades anteriormente desconhecidos, devem ser objetivos das instituições, que se devem adaptar às necessidades e interesses do cidadão idoso e não o contrário.

A Implementação de um serviço de qualidade, pressupõe a gestão eficaz de recursos, de atividades e medição, análise e melhoria de processos, através de uma monitorização de procedimentos.

Para que sejam salvaguardados os direitos dos cidadãos e as Instituições possam desenvolver um serviço de qualidade, procura-se que adotem os manuais de qualidade, que têm como base a Norma Europeia, EN ISO 9001. Esta norma serve de base à implementação do Sistema de Gestão de Qualidade, que descreve os requisitos de todas as medidas, a documentação de suporte e procedimentos a adotar para satisfazer a sua política e os objetivos de qualificação das organizações. A vontade de adotar um sistema de qualidade da parte das Instituições de idosos, deve surgir da própria organização, fazer parte de uma estratégia de melhoria contínua nos seus procedimentos, para que se possa refletir numa maior eficácia nas respostas dadas e aumentar a satisfação dos clientes.

O processo de implementação de políticas de qualidade e qualificação de equipamentos e serviços, deve passar pela adoção de metodologias que envolvam a participação de todos os agentes, desde chefias a trabalhadores de serviços gerais, para que se compreenda e promova a cultura organizacional de inclusão de todos os utentes,

independentemente das suas fragilidades. Os colaboradores deverão estar envolvidos na elaboração dos manuais de qualidade, na documentação necessária e na monitorização e avaliação das atividades, para que o seu envolvimento passe pela responsabilização nos procedimentos.

Podemos definir qualidade de um serviço, como ausência de defeitos, obtenção de um grau de excelência, mas principalmente, numa estrutura residencial, satisfação de exigências, necessidades e expectativas para conseguirmos utentes satisfeitos. A qualidade da gestão das instituições deve ter como objetivo final o desenvolvimento pessoal e social dos cidadãos que apoia, promovendo a sua qualidade de vida.

Os Manuais da Segurança Social, identificam sete processos-chave a seguir, numa estrutura residencial para idosos, todos eles importantes para o respeito, satisfação de necessidades, valorização e desenvolvimento do utente, mas também orientador de normas e critérios a seguir num processo de qualidade. Pretende-se que os procedimentos sejam monitorizados e avaliados desde a Candidatura, do utente à instituição, passando pelo processo de Admissão e Acolhimento, pela elaboração do Plano Individual, do Plano Pessoal de Saúde, Plano de Nutrição e Alimentação, Plano de Apoio às Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana e ao Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal.

Os Planos de Atividades de Desenvolvimento Pessoal devem assim ir ao encontro de cada indivíduo, das suas motivações e vontades, exigindo planeamento e acompanhamento das ações, da parte de todos os colaboradores da Instituição, na sua elaboração, validação, implementação, monitorização, avaliação e revisão. Devem promover a saúde, prevenir as incapacidades e promover a autonomia, otimizar e compensar o declínio das funções cognitivas, valorizar o seu campo afetivo e participação social. Os critérios de intervenção deverão passar por respeitar o Projeto de Vida de cada cliente, bem como os seus hábitos, interesses, necessidades e expectativas de vida.

Inicialmente é feita uma lista de Necessidades de Atividades Ocupacionais e de Desenvolvimento Pessoal, de acordo com as suas expectativas e interesses ao nível Lúdico-Recreativo, Cultural, Social, Intelectual, Atividades Quotidianas, Espirituais e Desportivas. As preferências por atividades individuais ou coletivas programadas, devem proporcionar bem-estar emocional e psicológico constante e não constituírem

apenas meras tarefas de ocupação a serem executadas por “idosos desocupados”, contrariando todo o trabalho pretendido.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

É indiscutível a preocupação da sociedade científica com a qualidade e forma como se envelhece. Os estudos efetuados quer em Portugal quer em outros países, relatam os impactos negativos e problemáticos deste fenómeno e também a nossa incapacidade em encontrar soluções que reduzam as dificuldades económicas e sociais daí decorrentes. O aumento da longevidade, acarreta também outro tipo de problemas, que estão ligados ao envelhecimento biológico e psicológico, uma vez que este envelhecimento é acompanhado pelo aumento de doenças incapacitantes, num corpo mais resistente, mas muitas vezes menos autónomo. A promoção da autonomia e bem estar, traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer capaz de cuidar de si própria, ainda que necessitando de apoios no seio institucional. No caso deste estudo, abordaremos um dos mecanismos promotores dessa autonomia, o Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal, quando o idoso está institucionalizado.

Nesta segunda parte do nosso trabalho, são definidos os objetivos da nossa investigação, os métodos utilizados para orientar a nossa ação após a definição da amostra, a identificação dos instrumentos de recolha de informação, a apresentação e análise dos resultados encontrados.

2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Prevenir a dependência e promover uma velhice “com sorrisos”, ativa e participativa, mesmo com limitações na sua mobilidade, mas ainda com vontade de viver, de desenvolver potencialidades e concretizar desejos, terá que ser o contributo de todos nós, políticos, gestores, cuidadores, não podem ficar no papel e terão que ser adotados e colocados em prática. Falamos dos Manuais da Qualidade que são um instrumento valioso para as Instituições de apoio a idosos conseguirem monitorizar e avaliar a sua ação na contribuição de melhores práticas e maior respeito pelo cidadão, no seu longo percurso de final de ciclo de vida.

Pretende-se com este estudo perceber os benefícios conseguidos na aplicação de um Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal, numa Estrutura Residencial para

Idosos, sendo nosso objetivo compreender, *“Em que medida as Instituições contribuem para a promoção do desenvolvimento pessoal dos idosos?”*

Propusemo-nos neste sentido, avaliar os efeitos do trabalho efetivo dos técnicos e cuidadores, no campo biopsicossocial, quando se trabalha com idosos institucionalizados e se tem como missão ir ao encontro das suas necessidades, potencialidades, vontades, sentimentos e emoções. Tudo se torna mais difícil quando as perdas de funcionalidade se interpõem entre a pessoa e a sua autonomia e passa a ser constante a necessidade de apoio. Tentámos perceber como os idosos com perda de autonomia para as suas Atividades de Vida Diária se sentem nas instituições, quais são as suas preocupações e se apresentam sinais depressivos. Pretende-se comparar resultados após um período de 3 meses de aplicação do Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal e o Plano Individual de Cuidados, propostos pelo Instituto da Segurança Social, de acordo com as Políticas de Qualidade atuais.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Irmandade da santa Casa da Misericórdia de Leiria foi criada em 1544. Neste mesmo ano foi construído no centro da Cidade um Hospital com capacidade para 12 camas. Em 1790, D. Manuel de Aguiar, bispo da Diocese de Leiria, foi nomeado Provedor da Misericórdia e em 1798 foi iniciada a construção de um novo hospital, que ainda hoje existe como património da Misericórdia. Em 1800 tomou o nome do seu fundador, D. Manuel de Aguiar. Até 1975 o hospital foi administrado pela Misericórdia, mas a partir desta data, pelo processo de nacionalização imposta, ficou a ser administrado pelo Estado. A Misericórdia de Leiria, que se tinha até então dedicado à saúde, quis continuar a sua obra benemérita, dedicando-se à área da segurança social, iniciando a prestação de auxílio a idosos carenciados. Em 1983 foi iniciada a construção do Lar nossa Senhora da Encarnação e em 1990 recebeu os primeiros utentes, tendo hoje capacidade para 81 utentes. Em 1996 foi construído um novo edifício contíguo ao já existente, com 7 pisos, três dos quais acolheram uma Clínica Médica de Reabilitação, e os restantes destinados a quartos residenciais para 30 utentes.

A Misericórdia é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, com acordo com a Segurança Social para 64 utentes. A restante capacidade funciona em regime privado, para que possa ser sustentável a valência Social. É assim comprometida a sociedade civil em articulação com o Estado, através dos Institutos de segurança Social Distritais, com regras legais que criam direitos e deveres entre as partes. “Sendo uma IPSS, tem como finalidade dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos” (Decreto-Lei nº119/83 de 25 de Fevereiro, que aprova os Estatutos das IPSS).

Atualmente tem também a funcionar a valência de Apoio Domiciliário a idosos, e abraçou o projeto de reabrir o hospital D. Manuel de Aguiar, que se encontrava desativado. Desde 2008 tem a funcionar uma segunda clínica de reabilitação, internamento privado, bloco operatório, consultas e exames de especialidade e uma Unidade de Cuidados Continuados para 40 doentes. Tem ainda a funcionar uma Creche social para 33 crianças e uma Residencial para idosos com capacidade para 30 clientes.

Na área dos idosos, tem como missão proporcionar a todos os que recorrem aos seus serviços, condições para dar resposta às suas necessidades, assegurando um conjunto de cuidados de saúde e de apoio psicossocial, que garantam a defesa dos direitos humanos e promovam o seu bem-estar.

4. METODOLOGIA

Inicialmente foi feita uma pesquisa bibliográfica de enquadramento do tema e análise das teorias e experiências científicas publicadas, dentro do âmbito da investigação e dos Instrumentos de recolha de dados disponíveis.

A Metodologia em investigação científica, propõe-se ser um caminho de orientação a seguir, num estudo que se pretende rigoroso e conclusivo, na verificação entre os factos e a teoria. É um conjunto de operações realizadas, que seguem determinadas normas, para atingir os objetivos propostos.

Face à problemática apresentada, entendemos que o método de investigação mais adequado seria o método Qualitativo, com as suas características holísticas,

fenomenológicas, indutivas e descritivas, que nos permitem, compreender e tirar conclusões a partir de um estudo de caso. Este método de investigação, foi o que achamos mais adaptado ao estudo pretendido, uma vez que investiga um fenómeno atual e pertinente, no seu contexto real (Yin,1994). Iremos avaliar se existem sinais de depressão associados ao envelhecimento com perda de autonomia, nos idosos institucionalizados. O método Qualitativo apresenta a vantagem de poder fazer uma análise ao comportamento humano, não deixando de ser objetivo pela descrição dos dados recolhidos, podendo generalizar resultados e dar maior amplitude ao estudo.

O método então seguido para a investigação foi o Estudo de Caso, que nos permitiu num determinado período de tempo, recolher informação detalhada sobre uma ação específica, “de uma entidade bem definida, um caso que é único, específico, diferente e complexo” (Sousa & Batista 2011, p. 64).

4.1 SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Por relação de proximidade a investigação foi realizada no Lar Nossa Senhora da Encarnação, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Leiria. Foi pedida autorização ao Sr. Provedor para ser realizado o estudo, bem como autorização à população da nossa amostra, através do consentimento informado.

Foram escolhidos, por razões de conveniência para o estudo, idosos que têm a sua mobilidade reduzida, utilizando cadeira de rodas para as suas deslocações e paralelamente necessitam de apoio nas suas Atividades de Vida Diária (AVD's). A seleção seguinte foi baseada na avaliação clínica, excluindo os portadores de síndromes de Demência, com diagnóstico já definido. Posteriormente dentro do grupo restante, foram selecionados os idosos que sabiam ler e escrever para a aplicação do Teste Mini Mental.

Foi apenas identificado um caso, sem défice cognitivo, que passou a ser o nosso objeto de estudo.

4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Com o objetivo de avaliar os efeitos psicossociais, da aplicação proposta pelo Instituto de Segurança Social, dos Planos de Atividades de Desenvolvimento Pessoal em idosos residentes em Estruturas Residenciais, de acordo com as Políticas de Qualidade propostas, foi realizado um Estudo de Caso, no Lar Nossa senhora da Encarnação. O presente estudo irá ter em linha de conta a funcionalidade dos indivíduos e o seu nível de independência para as atividades básicas de vida diária, utilizando para o efeito o Índice de Barthel. (Mahoney e Barthel, 1965).

Como Instrumentos para recolha de dados, utilizaremos também o Mini Exame do Estado Mental, a Entrevista semiestruturada e a Escala de Depressão Geriátrica.

MINI-MENTAL

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein (1975), é um instrumento de avaliação geriátrica normalmente associada à história clínica e a exames de diagnóstico para acompanhar a evolução do comportamento do indivíduo a nível cognitivo, bem como para o diagnóstico de casos demenciais. Este instrumento de avaliação cognitiva, de referência para os idosos, permitiu assim o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade. Os itens avaliados são a *orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva*, onde cada resposta correta é cotada com um ponto.

ENTREVISTA

O Inquérito por Entrevista caracteriza-se por ser um elemento de recolha de dados dentro da Investigação Qualitativa, onde se procura caracterizar o entrevistado, recolher informações pertinentes para o estudo, e estabelecer uma interação direta com o inquirido (Sousa & Batista, 2011). Uma vez que o nosso estudo tem por base uma análise Qualitativa, entendemos utilizar a Entrevista para recolha de informações e melhor caracterização da amostra.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, com um guião sobre as perguntas a fazer, mas onde também se dá liberdade ao entrevistado para responder às questões colocadas. Assim, para além das questões que encaminham para respostas mais precisas, o guião da entrevista continha questões mais abertas, para uma maior liberdade do entrevistado para responder às nossas perguntas. A entrevista foi posteriormente sujeita a uma análise de conteúdo, para se conseguir extrair o máximo de elementos de informação e de reflexão, como contributos para o trabalho seguinte de sistematização de informação.

Óscar Barata define que “Do ponto de vista do conteúdo, as perguntas podem ter em vista obter respostas sobre factos ou sobre as opiniões e intenções do interrogado” (Barata, Óscar, 1998, p.162). Procurámos obter informações, passadas e presentes, importantes para a investigação. Esta técnica de recolha de dados também possibilita o registo dos comportamentos verbais e não verbais que aconteceram durante a mesma, contribuindo para a elaboração do Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal o mais possível de acordo, com os seus gostos e anseios.

ÍNDICE DE BARTHEL

Seguidamente foi aplicado o Índice de Barthel, (Mahoney e Barthel,1965), que quantifica e monitoriza o grau de dependência dos indivíduos. Este Índice, é um instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD's), que avaliam o conjunto de atividades primárias do indivíduo, relacionadas com o seu autocuidado e mobilidade, de forma a avaliar se o mesmo, tem a independência necessária ou não para desempenhar de forma autónoma, as atividades imprescindíveis para poder viver de forma independente. É composto por 10 parâmetros, que avaliam a independência do sujeito para comer, higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, uso dos sanitários, controle intestinal e vesical, mobilidade, transferência da cadeira de rodas e subir e descer escadas. Dentro de cada um dos parâmetros, considera-se entre dois a quatro níveis de dependência (dependente equivale a 0 e a maior autonomia vai até 15 pontos). A cotação final oscila entre os 0 e os 100 pontos, sendo que a pontuação entre 90 e 100, nos indica que o indivíduo é independente, para praticamente todas as AVD's, de 60 a 89 é ligeiramente dependente, de 40 a 59 moderadamente dependente, de 20 a 39 severamente dependente e inferior a 20 totalmente dependente. Atualmente

o índice de Barthel continua a ser considerado o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD's, (Sequeira, 2010). Através deste índice, não só avaliamos o indivíduo na sua totalidade, mas também o grau de dependência dentro de cada atividade. Permite-nos assim identificar onde estão as incapacidades, analisar o nível de autonomia para as AVD's, para poder planificar os cuidados a prestar perante as necessidades específicas identificadas. Esta realidade, o ser dependente, provoca no idoso um sentimento de desvalorização de si, de incapacidade que influencia negativamente a sua satisfação com a vida e o coloca predisposto a desenvolver problemas psicológicos.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

As manifestações depressivas nos idosos são muito frequentes e estão associadas na sua maior parte às imagens negativas da velhice, que os idosos interiorizam, com sentimentos de incapacidade, inutilidade, “fardo” para com os outros (familiares ou cuidadores), provocando neles uma baixa autoestima e isolamento.

A Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, 1983), foi o instrumento escolhido para avaliar se o indivíduo da nossa amostra, apresentava sinais de Depressão antes e depois da aplicação do Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal. Esta escala deve ser aplicada apenas a indivíduos que não sejam portadores de demência, para que possam responder adequadamente às questões (Sequeira, 2010). Esta era uma característica da nossa amostra, sendo assim aplicável para se avaliar os potenciais ganhos de bem estar psicossocial, depois de ser elaborado e monitorizado o Plano de Desenvolvimento Pessoal. Esta Escala tem 30 perguntas, indicando se os indivíduos não apresentam sinais de depressão (intervalo de 0-10), se apresentam sinais de depressão ligeira (intervalo de 11-20) ou de depressão grave (mais de 20 pontos). Foi aplicada antes da elaboração do Plano de Atividades e após 3 meses, para se analisarem os resultados.

PLANO DE ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

O Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal é um dos sete processos chave promotores da Qualidade nas Estruturas Residenciais para idosos, elaborado pelo

Instituto de Segurança Social. É defendido que esta resposta social seja uma estrutura humanizada, que tenha em conta as reais necessidades dos utentes e que os considere como centro de toda a sua atuação. Este Plano deve ter em atenção o respeito pelos Direitos Humanos das pessoas idosas e muito idosas, que cada vez mais contam com as Instituições para viver e não só para sobreviver. Este Plano estabelece as regras para elaboração, validação, implementação, monitorização, avaliação e revisão do mesmo, implicando os colaboradores e os próprios utentes.

4.3 PROCEDIMENTOS

Depois de identificado o nosso indivíduo para o estudo de caso, foi realizada uma entrevista semiestruturada (Anexo I), por se entender que seria o instrumento de recolha de dados que nos podia transmitir dados importantes para a análise qualitativa do nosso estudo. A entrevista durou cerca de 20 minutos, tendo a idosa mostrado, disponibilidade e satisfação pelo tempo dedicado “à conversa”. Pretendeu-se conhecer os seus antecedentes, como profissão, habilitações, ocupações anteriores, há quanto tempo reside no Lar e quais as razões que a levaram a tomar essa decisão, relações familiares e sociais que mantêm, se existem medos, preocupações, gostos e desejos insatisfeitos. Foi a partir desta entrevista que obtivemos dados para a elaboração do Plano Individual de Cuidados (Anexo II) e Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal (AnexoIII).

Seguidamente, para se concluir sobre o grau de dependência, foi feita a primeira aplicação da Escala de Barthel.

Foi depois aplicada a primeira Escala de Depressão Geriátrica, para averiguar se existiam sinais de depressão.

O Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal, numa lógica de participação de todas as partes envolvidas, foi elaborado com a idosa, segundo as suas vontades e desejos e a equipa técnica. Esta equipa é composta pela Diretora Técnica, Técnica de Serviço Social, Enfermeiro, Educador Social, Psicóloga e Ajudantes de Ação Direta, em que uma delas foi identificada como “Colaborador de referência”. A este colaborador de referência foi atribuída

a corresponsabilidade da monitorização dos procedimentos para cumprimento do seu Plano de Cuidados e acompanhamento mais personalizado ao idoso.

Foi feita uma Lista de Necessidades Ocupacionais e de Desenvolvimento Pessoal (anexo IV), onde foram identificadas as Necessidades e Expectativas sentidas pela utente, que serviram de base à elaboração do Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal, que sempre que possível se incluía no Plano de Atividades Anuais da Instituição.

O Plano de Individual desta utente, incluía no domínio individual, apoio nos cuidados de higiene diária e utilização das instalações sanitárias, tratamento de roupas, apoio na organização e higiene do espaço individual, apoio psicossocial, administração da terapêutica e cuidados de saúde. Durante o apoio nos cuidados de higiene e conforto, era dada a possibilidade à idosa de contribuir dentro das suas possibilidades nos cuidados de higiene, lavando a cara, os dentes e penteando-se. Uma vez que a idosa é incontinente, o seu Plano de cuidados incluía durante o dia cinco momentos de higiene e conforto, escolha da roupa e participação no ato de vestir e despir. Após os cuidados de higiene da manhã, a idosa fazia questão de se deslocar sozinha para o refeitório, a fim de tomar o pequeno-almoço, assim como as outras refeições. Quando regressava ao seu quarto, com apoio era colocada no seu cadeirão, onde ficava a ver televisão, ler ou bordar. Nas alturas das atividades, era chamada e ajudada nas deslocações, ou então dirigia-se sozinha ao local onde iam decorrer. Foi iniciado apoio psicológico uma vez por semana.

Este Plano foi avaliado através de uma reunião mensal, realizada pela equipa técnica, colaborador de referência e a própria idosa, mas também pela análise dos registos de monitorização do Plano Individual. Os filhos por impossibilidade nunca estiveram presentes nas reuniões de avaliação. Nas reuniões, foram importantes os relatos das cuidadoras, nomeadamente os relatos da cuidadora de referência que promoveu uma relação de confiança com a utente, que passou a acreditar mais nas suas potencialidades e gosto pela sua imagem.

Foram feitos os ajustes necessários no seu Plano Individual e ao fim de três meses foi novamente avaliado o seu estado de depressão, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, com o objetivo de avaliar se houve ganhos de satisfação com vida, diminuindo os índices de depressão, e aplicada também novamente a Escala de Barthel, para aferir se também houve alteração no seu estado de dependência.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A idosa do nosso estudo tem 88 anos, vive no Lar há 12 anos, é viúva à 10 anos, sabe ler e escrever mas nunca frequentou a escola, sempre foi doméstica, cuidando da família, da horta, e fazendo bordados para vender. Tem um filho que vive atualmente em Lisboa, que a visita sempre que pode ao fim de semana, em média uma vez por mês. Uma filha que vive na Batalha e que pela proximidade a visita com mais frequência. Tem ainda outro filho com o qual não tem ligação há muito tempo. Passados dois meses da morte do marido, partiu a perna direita por duas vezes. A partir daí ficou dependente de uma cadeira de rodas, não sendo aconselhada, por motivos de saúde a ser submetida a segunda cirurgia. Diz que está satisfeita em viver neste Lar e que as funcionárias são carinhosas com ela. Passa o seu tempo a ler, a ver televisão e a bordar. Está a maior parte do tempo na salinha do seu quarto a conversar com a colega e com outra colega do quarto ao lado. Continua a ter encomendas de bordados e a fazer trabalhos para a exposição de Natal. Sabe que é muito difícil de sair, e por isso já se habituou a manter-se na instituição, até porque “não quer sobrecarregar” ninguém.

Como referimos anteriormente, foi aplicado Teste Mini Mental que obteve uma cotação de “27”. Este valor encontra-se dentro da “normalidade” enquadrado na falta de escolaridade da idosa (normalidade, entre 23 e 30 pontos).

No Índice de Barthel (1ª aplicação), os resultados mostraram que a idosa se encontra no limiar do estado “Severamente Dependente”, ao obter 30 pontos, numa escala de 0 a 100, onde o intervalo de 90 a 100, classifica-se de totalmente independente. A idosa apresentou os seguintes resultados, por indicador:

Tabela 1 - RESULTADOS ESCALA DE BARTHEL (1ª Aplicação)

Indicadores	Valores de Referência	Pontuação
Alimentação	0-5-10	10
Banho	0-10	0
Vestir	0-5-10	5
Higiene Pessoal	0-5	0
Intestinos	0-5-10	0
Bexiga	0-5-10	0
Uso da Sanita	0-5-10	5
Transferências	0-5-10-15	5
Mobilidade	0-5-10-15	5
Subir e descer escadas	0-5-10	0
		Total: 30

Como podemos analisar, a idosa apenas é totalmente independente para a alimentação, necessitando de apoio para todas as outras Atividades de Vida Diária. Perante estes resultados, e a informação passada na entrevista, foi revisto o seu Plano de Cuidados (PI), para melhor se adaptar às suas necessidades. Os aposentos da idosa são compostos por quarto, que partilha com outra pessoa, sala e casa de banho. Uma vez que gosta de passar bastante tempo na sala, junto à janela a bordar, ler, conversar com as amigas e ver televisão, manifestou alguma preocupação quando está só e necessita de ir à casa de banho fazer a sua higiene, fora das horas de rotina habitual. Neste sentido, para se poder reduzir esta ansiedade, colocou-se uma campainha junto ao seu cadeirão, para poder chamar quando necessitar. Existia apenas campainha no quarto e na casa de banho.

Baseado no Plano individual e nas vontades expressas pela utente, foi elaborada uma Lista de Necessidades Ocupacionais e de Desenvolvimento Pessoal, onde foram identificadas as seguintes Necessidades e Expetativas, por Tipo de Atividade:

Tabela 2 - LISTA DE NECESSIDADES DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS E DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

	Atividades					
	Intelectuais	Sociais	Espirituais	Desportivas	Lúdico/ Recreativas	Culturais
Necessidades	Treinar a escrita e o cálculo aritmético	Convívio com colegas	Aumentar as idas à missa na capela do Lar	Manter-se ativa fisicamente		
Interesses/ Expetativas	Escrever melhor o seu nome e exercitar a cognição	Partilhar conhecimentos sobre rendas e bordados Passeios /Visitas	Visitar Fátima	Fortalecer os membros superiores para conseguir manter-se autónoma na maioria das deslocações	Pratica de jogos recreativos e colaboração nas atividades	Filmes Portugueses

A idosa não mostrou necessidade em desenvolver atividades Lúdicas, Recreativas e Culturais, mas mostrou-se interessada em participar nas atividades programadas pela Instituição. Foi construído o seu Plano de Atividades, de acordo com esta lista de necessidades e expetativas, que se apresenta de seguida de uma forma simplificada:

Tabela 3 - PLANO DE ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Tipo de Atividade	Ações	Objetivos	Recursos		Calendarização/Periodicidade	Responsável
			Humanos	Materiais		
Lúdica-recreativa	.Jogos Interativos	.Interação e descontração e ocupação do tempo .Estimulação psicossocial	.Educador Social .T.Serviço Social .Estagiários	.Vários Jogos	março e abril 3ª e 5ª feiras	Educador Social Diretora Técnica
Cultural	.Cinema .Grupo Coral . Grupo Teatro	.Recordar e reviver, poemas, músicas e histórias do seu tempo	.Educador Social .T.Serviço Social .Estagiários .AAD	.Ecrã e projetor .sala .Filme	fevereiro, março e abril 4ª feira	Educador Social Diretora Técnica
Social	.Grupos de trabalho e partilha .Passeios/ Visitas Infantário . Visita a Fátima	.Convívio e troca de saberes .Confeção de artigos decorativos para a Primavera . Participar no mundo exterior	.Educador Social .T.Serviço Social .Estagiários .AAD	.Material de costura e bordar .Telas, tintas e pincéis .Viatura	fevereiro, março e abril 2ª e 4ª feiras	Educador Social Diretora Técnica
Intelectuais/ Formativas	.Saber sem Idade .Sessões com a Wii (Audiovisual para estimulação cognitiva)	Treinar a escrita e o cálculo aritmético .Estimulação cognitiva	Educador Social .Educador Social .T.Serviço Social .Psicólogo	.Papel, lápis, fichas etc. . Wii	, março e abril 5ª feira	Educador Social Diretora Técnica
Espirituais/ Religiosas	Assistir à Celebração de Missa	Reflexão espiritual	.AAD .Voluntários .Padre .Educador Social .T.Serviço Social	Viatura	fevereiro, março e abril 4ª feira e domingo	AAD Diretora Técnica
Desportivas	Aulas de Gerontomotricidade	.Manutenção da mobilidade .Promoção da autonomia .Estimulação física	.Professor Gerontomotricidade . Educador Social .T.Serviço Social .Estagiários	.Bolas, fitas, balões, música, arcos, etc.	março e abril 3ª e 5ª feiras	Educador Social Professor Diretora Técnica
Segurança/ Tranquilidade	Colocação de campanha junto ao sofá	Diminuir a ansiedade para pedir apoio	Técnico de Manutenção	Necessários à instalação da campanha	1ª semana de março	AAD Diretora Técnica

As atividades a realizar foram enquadradas no Plano Anual de Atividades da Instituição, só estando aqui representadas as atividades onde a idosa participou. A supervisão está a cargo da Diretora Técnica, que semanalmente confirma a execução das ações e as avalia juntamente com os responsáveis. Nas reuniões semanais de equipa, foram sendo avaliados os comportamentos da idosa, onde se registava o seu interesse e participação. A visita ao Infantário decorreu em Março. Na primeira quinzena de Abril, a idosa esteve doente, com o sistema respiratório bastante comprometido, não tendo participado nas atividades. Este período de doença deixou a idosa bastante fragilizada. Após a sua recuperação iniciou as atividades, inclusive no passeio a Fátima, um dos seus desejos. Todas as Atividades programadas foram executadas e participadas pela utente, exceto na semana que esteve doente.

As avaliações mensais foram mostrando o maior interesse da idosa na participação das atividades, mas também o empenho de toda a equipa.

No início do mês de Maio foi novamente aplicada a Escala de Depressão Geriátrica e o Índice de Barthel, respetivamente para auscultar se tinha havido alterações ao seu estado de depressão e ganhos ao nível da autonomia.

Em relação à Escala de Depressão, o valor apresentado foi de “15” pontos, mostrando uma diminuição do estado depressivo, passando a depressão ligeira. Foram notórias as diferenças em algumas respostas, entre a primeira aplicação da Escala de Depressão Geriátrica e a segunda aplicação, cujos resultados apresentamos na tabela seguinte:

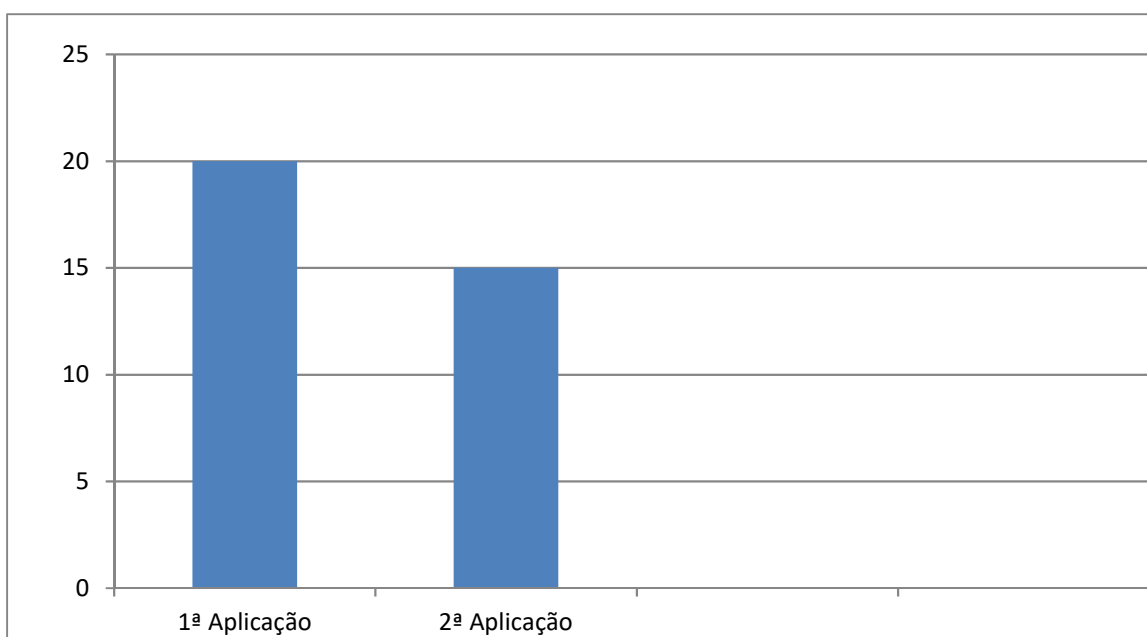
Tabela 4 – COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS DA PRIMEIRA E SEGUNDA APLICAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Questões	Respostas 1ª Aplicação	Respostas 2ª Aplicação
“Sente-se em geral satisfeito com a sua vida?”	Não	Sim
“Sente a sua vida vazia?”	Sim	Não
“Tem medo que alguma coisa má lhe vá acontecer?”	Sim	Não
“Sente-se muitas vezes desamparado?”	Sim	Não

“Sente-se útil?”	Não	Sim
“Sente muitas vezes vontade de chorar?”	Sim	Não
“O seu pensamento é tão claro como antes?”	Não	Sim

Parece-me conclusiva esta mudança, não só pelas respostas que deu, mas também pelo sentimento de maior abertura e descontração durante a segunda aplicação da Escala de Depressão Geriátrica.

Gráfico 2 – COMPARAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ANTES E DEPOIS DA APLICAÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL.



Pela análise dos resultados, ao comparar a satisfação com a vida do utente antes e depois de se ter aplicado a segunda vez a Escala, concluímos que os indicadores de sintomas depressivos, diminuíram. Inicialmente tinha 20 de pontuação que equivalia a uma depressão grave, e que os resultados da aplicação da escala passados três meses, mostraram, que houve diminuição dos indicadores de depressão, apresentando um valor de 15 na soma total dos pontos.

A utente esteve muito mais participativa nas atividades e foi notória a satisfação de ter saído do Lar com os colegas para participar numa atividade em parceria com um Infantário da zona e ter efetuado o passeio a Fátima.

Em relação à sua dependência para as AVD's, concluímos pela leitura e análise dos registos do Plano Individual que embora a utente continua-se a necessitar de apoio nos cuidados de higiene, cuidados de imagem, idas ao WC, e algumas deslocações, a sua participação nas tarefas aumentou, nomeadamente na escolha de roupa, conseguir-se vestir da cintura para cima sem apoio e por colaborar melhor nas transferências.

No quadro seguinte apresentamos a Tabela com os resultados da aplicação da Escala de Barthel, indicativo das melhorias ao nível dos ganhos com a sua autonomia:

Tabela 5 RESULTADOS ESCALA DE BARTHEL (2ª Aplicação)

Indicadores	Valores de Referência	Pontuação
Alimentação	0-5-10	10
Banho	0-10	0
Vestir	0-5-10	5
Higiene Pessoal	0-5	5
Intestinos	0-5-10	0
Bexiga	0-5-10	0
Uso da Sanita	0-5-10	5
Transferências	0-5-10-15	10
Mobilidade	0-5-10-15	5
Subir e descer escadas	0-5-10	0
		Total: 40

Podemos concluir, por esta apresentação de resultados, que houve ganhos significativos na confiança e execução das Atividades Básicas de Vida Diária. O valor conseguido na segunda aplicação da Escala de Barthel foi de 40 pontos, representando um ganho de 10 pontos em relação à primeira aplicação. Para isso contribuíram a participação nas aulas de gerontomotricidade, a maior confiança nas suas capacidades, conseguida com a colaboração eficaz das cuidadoras e pelo apoio psicológico, mas também pela motivação e participação nas atividades programadas.

Se as Instituições encorajarem cada residente, mesmo os que apresentam algumas incapacidades, a serem responsáveis por si próprios e não os substituïrem na execução das tarefas de vida diária, mas criando condições facilitadoras para a sua mobilidade, promove-se a autoestima e autonomia e contribui-se claramente para diminuir o estado de dependência dos idosos institucionalizados, promovendo a sua participativa ativa, e a sua vida social.

Para atingir este objetivo, a elaboração e execução dos Planos de Atividades de Desenvolvimento Pessoal propostos pelo Instituto de Segurança Social, são instrumentos fundamentais para se comprovar que o indivíduo, apesar da idade e das incapacidades que a podem acompanhar, tem possibilidades de se desenvolver e adaptar às suas fragilidades de uma forma positiva, aumentando a sua satisfação com a vida.

CONCLUSÃO

O envelhecimento da população tem despertado interesses e preocupações em todo o mundo, quer por parte dos cidadãos quer por organizações locais e nacionais, comunidade científica e analistas sociais. A adoção eficaz de políticas de melhoria impõe alteração de estruturas profundas do modo de entender e funcionar de perto com estas realidades, o que nem sempre se torna fácil. Por razões económicas, interesses institucionais, falta de recursos humanos, ou falta de sensibilidade para o problema, por vezes é lenta a transformação e o iniciar de um processo de mudança, onde quem deve ganhar em primeiro lugar é o utente. O crescente número de idosos com limitações funcionais associadas às doenças crónicas e necessidades de cuidados de longo prazo, impõe uma rápida intervenção por parte dos políticos, mas também da sociedade civil.

A Estrutura Residencial para idosos, apresenta-se, como uma opção de vida num estado de independência total, mas também como uma solução para o apoio às pessoas com perda de autonomia nas suas Atividades básicas de vida diária, resultante da perda progressiva das capacidades físicas, alterações sensoriais, perceptivas, cognitivas e afetivas. O homem é um ser social, não o deixando de ser no seu percurso de envelhecimento. Os sentimentos e emoções sentidas por eles, principalmente quando se encontra dependente, não são valorizados e muitas vezes são até impedidas de se manifestar. Este é um fator que nos leva a ter uma imagem triste da velhice, porque à medida que não vão sendo considerados se vão autoanulando, passando a ter uma vida praticamente vegetativa, mas com a agravante de sentirem o desprezo ou as falsas intenções a que estão expostos.

Só criando uma relação empática se consegue estabelecer laços de confiança, onde as vontades e necessidades sejam consideradas e respeitadas, retribuindo a cada idoso a individualidade e o respeito que merece. A comunicação é mais do que uma troca de palavras e mensagens verbais que se estabelecem nos períodos de prestação de cuidados ou de concretização de atividades. A atenção que se deve ter a todos os sinais transmitidos pelo utente, a postura corporal, as expressões faciais, o tipo de discurso, o olhar e o próprio silêncio, enviam mensagens às quais os cuidadores e os técnicos têm que estar atentos. Sabendo que a comunicação não se faz apenas num sentido, não nos podendo esquecer que o idoso também capta os sinais que transmitimos. O desprendimento, a falta de envolvimento, mesmo quando se está presente, é sentido por eles como uma desvalorização da sua pessoa.

Este estudo serviu para refletir sobre a importância de respeitarmos o idoso, com os seus sentimentos e emoções, associados ao seu estado de fragilidade e de falta de autonomia, através da sua real participação na elaboração do seu Plano Individual, permitindo que este se sinta envolvido nas tarefas do seu dia-a-dia e comprometido no seu processo de desenvolvimento, permitindo-lhe ainda estar motivado e perceber que o seu dia tem horários, ritmos e referências que o mantêm ligado à sua família, comunidade e sociedade. Este envolvimento evita ou minimiza os efeitos dos estados de depressão dos idosos, tantas vezes ignorados pelas famílias e cuidadores.

As Instituições deverão ter como missão, conseguir colocar em prática a mais-valia que possuem como agentes de promoção de bem-estar, contribuindo para eliminar os sentimentos de solidão e apatia que acompanham os idosos mais dependentes. As Instituições de apoio a idosos existem para cuidar dos idosos. Então vamos cuidar bem, em todas as dimensões, com pessoal sensibilizado e especializado para o fazer. O sucesso de um Plano Individual de Cuidados e de um Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal, só surge se na realidade houver sensibilidade e vontade da parte de todos os intervenientes para promover as condições necessárias para que o idoso, apesar da sua dependência se sinta um cidadão que participa nas decisões sobre a sua vida. As atividades de lazer, que supostamente deveriam fazer parte desta fase da vida, porque é a fase em que poderíamos dispor melhor do nosso tempo, ficam comprometidas, não só por razões de saúde, mas também por problemas de acessibilidades, razões económicas, mas fundamentalmente pela nossa cultura que em grande parte tem ignorado os direitos dos idosos. O papel dos técnicos e dos cuidadores nas Instituições é muito importante, para que os idosos participem nas atividades e consigam ajudar a concretizar sonhos e vontades. É mais do que um trabalho efetivo de promoção da satisfação da nossa população sénior. É uma motivação para que se possa trabalhar e gerir as Instituições com amor, valorizando toda a sua população, idosos e colaboradores. As entidades oficiais, para além da elaboração de Leis, de promoção de um Envelhecimento Ativo, terão de criar condições de formação e valorização dos cuidadores, para que estes sejam atores do palco da cidadania e promoção de felicidade da população envelhecida. A procura da excelência na atuação das instituições, tem que ser uma contante, consubstanciada nas medidas de melhoria contínua propostas pelos Manuais da Segurança Social e outros organismos promotores de documentação auxiliar e fundamental para a Qualidade dos serviços de apoio a idosos.

O nosso caso demonstrou, que apesar dos 88 anos e de um estado de dependência, pode-se estar lúcido, saber o que se quer, mas sobretudo saber em quem se pode confiar para que os dias e as noites não sejam um vazio de sentimentos que faz “*cansar de viver...*”.

BIBLIOGRAFIA

- Agich, George J. (2008), *Dependência e autonomia na velhice*. Edições Loyola, S. Paulo, Brazil.
- Apóstolo, J. L. A. (2011). Adaptação para Português Europeu da Geriatric Depression Scale GDS-15. In João Apóstolo, Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Barata, Óscar Soares, (1998). *Introdução às Ciências Sociais*, 9.^a Edição, Vol. I, Bertrand, Lisboa.
- Beauvoir, S. de. (1972). *The Coming of age*. New York, Putnam.
- Berger, L. M. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Geriatria, Fundamentos, Clínica e Terapêutica Global*. Lusodidacta. Lisboa
- Bergsma, J. Thomasma, D. (1982). *Health Care: Its Psychosocial Dimensions*. Pittsburgh, PA, Duquesne University Press.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatria*. 1994;52:1-7 [Link]
- Botelho, A. (2000). *A funcionalidade dos idosos*. In: FONSECA, A.M. & PAÚL. C. (coordenação) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Botelho, Maria Amália Silveira (1999). *Autonomia funcional em idosos*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa – Tese de Doutoramento.
- Carmo, Hermano E Ferreira, Manuela Malheiro, (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto – Aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa.
- Casara, M. (2007) *Entre a velhice e a aposentadoria: relações pertinentes*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Christensen, Clayton M., Jerome H. Grossman M.D. & Jason Hwang M.D (2009) [*The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*](#). McGraw-Hill
- Constituição da República Portuguesa de 02 de Abril de 1976
- Cummings, E. Henry, W. E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York, Basic Books.

Damáσιο, António (2004). *Ao Encontro de Espinosa – As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Decreto-Lei nº119/83, de 25 de Fevereiro, Diário da República

Despacho Normativo N.º 12/98, Diário da República, 1ª série – B, nº 47 – de 25 de Fevereiro de 1998.

Direção Geral De Saúde (2003). Classificação Internacional para a Incapacidade e Funcionalidade (CIF)

Direção Geral De Saúde (2003) – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde- OMS.(disponível em: <http://arquivo.esse.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>. consulta a 14 de Junho de 2010)

Direção Geral De Saúde (2006) – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Direção Geral de Saúde, DGS - Plano Nacional de Saúde (2004-2010)

Direção Geral de Saúde, DGS - Plano Nacional de Saúde (2011-2016)

Eco, Humberto (1991). *Como se faz uma tese*, 2ª edição, Lisboa, Presença.

Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores.

Erikson, E. H. E Erikson, J. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ermida, J.G. (1999). *O idoso : problemas e realidades*. Coimbra : Formasau.

Fachada, M. Odete, (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais*, Edições Rumo. Lisboa

Fernandes, Ana Alexandre (2004). “*Quando a vida é mais longa... Os impactos sociais do aumento da longevidade*” in Quaresma, M. Lurdes Gerontologia Social. Lisboa. CESDET Edições.

Figueiredo, Nébia E. Tonini, Teresa (2006). *Gerontologia, Atuação de Enfermagem no Processo de Envelhecimento*. Yendis Editora, S. Paulo, Brazil.

Folstein, MF, Folstein SE, Mchugh PR. (1975). *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J Psychiatric Res. 1975;12:189-98. [Links]

Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Goffamn, Erving 1961: [Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates](#). New York, Doubleday

Guiddens, A. (2000). *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian

- Hall, C. et. Alli. (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- INE – Instituto Nacional de Estatística, (2002). Destaque do INE- Informação à Comunicação Social: Censos 2001. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística;
- INE, I.P (2001, 2002, 2011, 2012). Lisboa, Portugal
- Instituto da Segurança Social I.P. (2013). *Guia Prático. Respostas Sociais – população adulta – pessoas idosas* (35J – V4.03).
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2008). *Manuais de Boas Práticas*, Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. I.S.S.IP, Eixo Fundo Social Europeu, Lisboa.
- Kendler, Howard H. (1974), *Introdução à Psicologia*, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa
- Lawton MP, Brody EM. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86. [Links]
- Lima, A.M.M. [et al.], (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: Trajetórias de um constructo e novas fronteiras*. “ Interface- Comunicação, Saúde, Educação”. Vol.12, nº 27. Brasil (disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-> (consulta a 13 de Junho de 2010);
- Lima, M. (2004), *Posso participar?* Coleção Idade do Saber, Porto, Ambar.
- Lima, MARINÚS PIRES DE, (1973). *O Inquérito Sociológico: Problemas de Metodologia*, Gabinete de Investigações sociais, Lisboa.
- Mahoney, F.I. e Barthel, D.W. (1965). *Funcional evaluation*. “*The Barthel Index*” *Md State Medical Journal*.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta. Vol. II.
- NORMA EUROPEIA EN ISO 9001:2008- Sistemas de Gestão de Qualidade, Requisitos. Comité Europeu de Normalização. Bruxelas
- OCDE de Maio de 2011, “Providing and Paying for Long-ter care” – consulta em 21/04/2012
- OMS – EUROPE - “Who Evolution of de National Health Plano f Portugal 2004-2010, Alto Comissariado de saúde, <http://pns.dgs.pt> a 05/05/2013
- OMS (2011) Relatório Mundial sobre a Deficiência
- OMS EUROPA (2005). *Mental Health Action Plan for Europe*. Helsínquia
- Osório, A. R. & Pinto, F.C. (2007). *As pessoas Idosas – Contexto social e Intervenção Educativa*. Lisboa. Tipografia Peres.

- Papaleo Netto, M. (2002). *O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
- Papalia, Diane. Olds, S. & Feldman, R. (2009). *Desenvolvimento Humano*, 10ª edição, Porto Alegre, Amgh.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra :Quarteto
- Pinto, A. & Soares, Iolanda (2010), *Sistemas de Gestão de Qualidade, Guia para a sua Implementação*, Lisboa. Edições Sílabo.
- Pires, A.R. (2007), *Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade*, Lisboa. Edições Sílabo.
- Direção Geral de Saúde, DGS - Plano Nacional de Saúde (2004-2010)
- Direção Geral de Saúde, DGS - Plano Nacional de Saúde (2011-2016)
- Portaria Nº 67/2012, Diário da República, 1ª série – nº 58 – de 21 de Março de 2012.
- Quaresma, M.L. (1994). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas – Portugal*. Lisboa: Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho. 207p. ISBN 972-95818-9-4;
- Quivy, R. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa
- Rosa, M. João (2012). *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, FFMS, Lisboa
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. 1ª ed.. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental*. Edições Lidel. Lisboa
- Silva, João Fernandes (2006). *Quando a Vida Chegar ao Fim – Expetativas do Idosos Hospitalizado e Família*. Editora Lusociência, Loures.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2011). *Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem sucedido?* Psicologia Educação e Cultura, XV, 7-27.
- Sousa & Batista (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Pactor. Lisboa
- Stirling, E. (2008). *Valuing older people: Positive Psychology of later life*. PSIGE Newsletter, 105, 19-23.

Yin, R.K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, C. A.SAGE Publications.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2005). *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* Health Evidence Network, 2003, p.02-17. Disponível em: <www.euro.who.int>. Acesso em 23/09/2005.

ANEXOS

ANEXO I

Entrevista Semiestructurada

ANEXO II

Plano Individual

ANEXO III

Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal

ANEXO IV

Lista de Necessidades Pessoais e
Desenvolvimento Pessoal

ANEXO V

Termos de Aceitação