



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**
ESCOLA SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
E CIÊNCIAS SOCIAIS

Institucionalização e transformações identitárias: a perceção das pessoas idosas de uma ERPI da região centro de Portugal

Relatório de Projeto

Mariana Jerónimo Mendes

Trabalho realizado sob a orientação de
Professora Doutora Sara Lopes

Leiria, setembro, 2022
Mestrado em Ciências da Educação
Área de especialização em Educação e Desenvolvimento Comunitário

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Instituto Politécnico de Leiria

EPÍGRAFE

*“É tão importante dar anos à vida, como é necessário dar vida aos anos”
(Grelha, 2009, p.63).*

AGRADECIMENTOS

À Coordenadora do Curso de Mestrado em Ciências da Educação com área de especialização em Educação e Desenvolvimento Comunitário, Professora Doutora Maria Antónia pela oportunidade de formação e partilha de conhecimento ao longo de todo o percurso.

À minha Orientadora, Professora Doutora Sara Lopes, pelo apoio incondicional durante toda a investigação: pela sabedoria, pela partilha, pela força e energia positiva que sempre me transmitiu. Ajudou-me a criar bases de trabalho, concedeu-me linhas orientadoras e mais importante de tudo, sempre acreditou e confiou no meu trabalho.

A todo o corpo docente do Mestrado pelos ensinamentos e partilha de saberes que me ajudaram a construir e delinear a presente investigação e que levarei para a vida.

À Residência Lótus e seus utentes pela oportunidade e pela disponibilidade mostrada para a implementação da investigação.

Aos meus colegas de Mestrado pela partilha de conhecimentos e experiências ao longo dos dois anos de curso.

Ao Irakli, pelo ombro amigo 24/7, pelo carinho de manhã à noite, pelos jantares tardios cozinhados com amor.

Last but not the least, aos meus pais e irmão pelo apoio, pela paciência e pela disponibilidade que tiveram e sempre têm para mim: para me ajudarem, para me apoiarem, para me incentivarem, me motivarem e acima de tudo, pelo amor. Sem eles, era impossível.

Sou grata.

RESUMO

O presente trabalho pretende compreender a percepção que as pessoas idosas institucionalizadas têm sobre elas próprias e o seu processo de envelhecimento. Procurar-se-á perceber as metamorfoses identitárias que se verificam na vida das pessoas idosas após entrada numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

A institucionalização apresenta-se como uma das respostas sociais para apoiar pessoas mais velhas, em determinado momento da sua vida. A decisão da institucionalização pode surgir por parte da própria pessoa idosa, dos seus familiares/amigos ou por parte de terceiros. Embora cada uma delas seja interpretada e vivenciada de diferentes formas - pois cada pessoa é uma pessoa e cada caso é um caso -, ambas têm algo em comum: o processo de institucionalização. Este engloba várias dimensões, uma delas é o ambiente coletivo que, na maioria das vezes, implica regras e normas diferentes daquelas que as pessoas idosas estavam habituadas na sua rotina quotidiana e na sua comunidade familiar onde foram construindo a sua identidade ao longo da sua história de vida.

O estudo dirigiu-se a 15 pessoas idosas institucionalizadas há mais de seis meses e com 65 anos ou mais, residentes numa ERPI da região centro de Portugal. A recolha de dados apresenta uma componente qualitativa para conhecer a percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento e a imagem que constroem e reconstroem de si, através de uma entrevista semiestruturada e uma componente quantitativa no que diz respeito aos instrumentos utilizados para a seleção da amostra – Mini Mental State Examination (MMSE).

Os resultados apontam para uma visão do envelhecimento inerente às mudanças que este acarreta, imposto por perdas e ganhos. As mudanças físicas e as alterações do foro neurológico (como alterações de memória) são as principais preocupações a longo prazo.

Por outro lado, as questões familiares e socioeconómicas têm um grande peso na última etapa do ciclo da vida, traduzindo-se em questões

muito particulares. As questões sociais e religiosas acabam por ter uma menor cotação com o passar dos anos. As pessoas idosas institucionalizadas passam por diversas e diferentes alterações identitárias ao longo do processo de envelhecimento e consequente, institucionalização. As alterações da rotina diária, as imposições de regras, a perda de autonomia ou o medo da mesma são percebidas pelas pessoas idosas em torno de um confronto entre as representações do próprio “eu” atual e do “eu” de antigamente, desencadeando assim crises identitárias.

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, identidades e pessoas idosas.

ABSTRACT

This study aims to understand the perception that institutionalised older people have about themselves and their aging process. The aim is to understand the identity metamorphoses that occur in the lives of older people after entering a Residential Structure for Older People (ERPI).

Institutionalisation is one of the social responses to support older people at a certain point in their lives. The decision to institutionalise may be taken by the older people themselves, by their relatives/friends or by third parties. Although each of them is interpreted and experienced in different ways - because each person is a person and each case is a case -, both have something in common: the institutionalisation process. This encompasses various dimensions, one of which is the collective environment which, in most cases, implies rules and norms different from those which the elderly people were used to in their daily routine and in their family community where they built their identity throughout their life history.

The study addressed 15 older people institutionalised for over six months and aged 65 years or more, residing in an ERPI in the central region of Portugal. Data collection had a qualitative component to identify the perception of older people about their aging process and the image that they build and rebuild of themselves through a semi-structured interview and a quantitative component regarding the instruments used for sample selection - Mini Mental State Examination (MMSE).

The results point to a vision of ageing inherent to the changes it brings about, imposed by losses and gains. Physical changes and neurological alterations (such as memory changes) are the main long-term concerns. On the other hand, family and socio-economic issues have a great weight in the last stage of the life

cycle, translating into very particular issues. Social and religious issues are less important as the years go by.

Older institutionalised people go through several and different identity changes throughout the ageing process and consequent institutionalisation. The changes in the daily routine, the imposition of rules, the loss of autonomy or the fear of it are perceived by the elderly around a confrontation between representations of the current "I" and the "I" of yesteryear, thus triggering identity crises.

Keywords: ageing, institutionalisation, identities and older people.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini Mental State Examination

MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE GERAL

EPIGRAFE	2
AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	6
LISTA DE ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
Capítulo I – Traços das sociedades hodiernas	15
1.1. – A Demografia	15
1.2. – As políticas públicas (paradigmas do envelhecimento)	16
1.3. – A Institucionalização da Pessoa Idosa	18
Capítulo II – Identidade na velhice: percepção da velhice nas pessoas idosas institucionalizadas	21
2.1. – Conceito de Identidade	21
2.2. – Identidade Pessoal, Social e Cultural	22
2.3. – Representações identitárias e percepção da velhice nas pessoas idosas institucionalizadas em ERPI	25
2.2.1. – Alteração das representações identitárias e dos papéis sociais na velhice: aspetos biopsicossociais e socioeconómicos	27
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	30
Capítulo III – Metodologia	31
3.1. – Problemática e Objetivos de estudo	31
3.2. – Paradigma em estudo	32
3.3. – Tipo de estudo	33
3.4. – Participantes no estudo	33
3.4.2. – Critérios de Inclusão	34
3.4.3. – Critérios de Exclusão	34
3.4.1. – Caracterização da Instituição	34
3.4.4. – Instrumentos para a seleção dos participantes – Mini Mental State Examination (MMSE)	35
3.5. – Técnicas e instrumentos de recolha de dados	38
3.5.1. – Entrevista Semiestruturada	38
3.6. – Questões éticas da recolha de dados	39
3.7. – Procedimento de Análise de Dados	39
Capítulo IV – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	40

4.1. – Apresentação dos Resultados Obtidos	40
4.1.1. - Caracterização Sociodemográfica dos participantes	40
4.1.2. – Percepções sobre o “eu” institucionalizado	41
4.1.3. – Percepções sobre o “eu” e os “outros”	53
4.1.4. – A cultura e a espiritualidade no cotidiano das pessoas idosas institucionalizadas	59
4.2. – Análise e Discussão dos Dados	62
Considerações Finais	67
Referências Bibliográficas	70
Anexos	77
Anexo I – Guião de Entrevista Semiestruturada	78
Anexo II – Consentimento Informado	82
Anexo III – Mini Mental State Examination	84
Anexo IV – Resultados MMSE (universo)	87

INDÍCE DE TABELAS/QUADROS

Tabela 1- Valores operacionais de coorte MMSE.....	36
Tabela 2 – Pontuação obtida no MMSE.....	37
Tabela 3- Caracterização Sociodemográfica	40
Tabela 4 - Dados obtidos na pergunta 1 do Guião da Entrevista Semiestruturada	41
Tabela 5-Dados obtidos na pergunta 2 do Guião da Entrevista Semiestruturada	42
Tabela 6- Dados obtidos na pergunta 3 do Guião da Entrevista Semiestruturada	45
Tabela 7 - Dados obtidos na pergunta 4 do Guião da Entrevista Semiestruturada	47
Tabela 8 - Dados obtidos na pergunta 5 do Guião da Entrevista Semiestruturada	50
Tabela 9- Dados obtidos na pergunta 6 do Guião da Entrevista Semiestruturada	53
Tabela 10 - Dados obtidos na pergunta 7 do Guião da Entrevista Semiestruturada	54
Tabela 11- Dados obtidos na pergunta 8 do Guião da Entrevista Semiestruturada.....	55
Tabela 12 - Dados obtidos na pergunta 9 do Guião da Entrevista Semiestruturada	57
Tabela 13- Dados obtidos na pergunta 10 do Guião da Entrevista Semiestruturada	58
Tabela 14- Dados obtidos na pergunta 11 do Guião da Entrevista Semiestruturada	60
Tabela 15- Dados obtidos na pergunta 12 do Guião da Entrevista Semiestruturada	61

INTRODUÇÃO

O envelhecimento faz parte de um processo natural, cronológico e irreversível, que deve ser vivido sem receios. Atualmente, assistimos ao longo dos últimos anos a um aumento da esperança média de vida e por conseguinte, ao aumento da longevidade e ao fenómeno do envelhecimento populacional.

Entre os anos de 2015 e 2080, o agravamento do envelhecimento humano irá manter-se, estabilizando apenas daqui a 40 anos (desde 2015). Face ao decréscimo da população jovem, a par com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento duplicará, passando em 2080 de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

No contexto português, tem-se verificado um envelhecimento populacional fruto do aumento da esperança média de vida e das baixas taxas de natalidade, passando Portugal a ser um dos países mais envelhecido de toda a Europa (Van Loo, 2011 *cit in* Barros, 2020).

Segundo a perspetiva do desenvolvimento humano, a velhice diz respeito à última etapa do ciclo da vida, ou ciclo vital, também conhecido. Nesta etapa, as pessoas idosas passam por diversas mudanças biopsicossociais que se refletem na comunidade em que se inserem e nos papéis que nela representam. A autonomia, a independência e a capacidade de se adaptarem a novos papéis, aquando do processo de envelhecimento, afeta diretamente a autoestima e conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Rodrigues, 2011).

Face ao aumento da longevidade e ao envelhecimento populacional, são muitas as políticas sociais e medidas que têm sido criadas para dar resposta aos múltiplos desafios que se colocam às pessoas, às comunidades e à sociedade em geral (Fernandes, 1996).

Tendo em conta, o aumento da procura de respostas e equipamentos sociais para pessoas idosas temos vindo a assistir ao aumento gradual do número de Centros de Dia, de Estruturas Residências para Pessoas Idosas e Serviços de Apoio ao Domicílio. Segundo os dados da Carta Social (2021), atualmente, existem 7.347 respostas sociais para as pessoas idosas.

Um dos grandes marcos do processo de envelhecimento é a institucionalização. Durante a institucionalização, a pessoa idosa é sujeita a normas e regras que condicionam o seu quotidiano e que podem interferir com a sua personalidade, capacidade, integridade, autonomia e individualidade (Silva, 2015).

Apesar de haver uma crescente consciencialização da sociedade para a preparação do envelhecimento, é necessário aumentar o número de estudos e pesquisas relacionadas com as representações identitárias e as reformulações dos papéis sociais: a perceção que as pessoas idosas têm sobre si, sobre o seu processo de envelhecimento e sobre a forma como sentem e acham que os outros “a vêem”.

As pessoas idosas institucionalizadas devem ser compreendidas com base numa perspetiva biopsicossocial, para que desta forma, possam ser criadas e implementadas medidas e políticas institucionais que visem a promoção de uma qualidade de vida e autoestima das pessoas idosas institucionalizadas, contribuindo ainda para a autonomia, individualidade e funcionalidade.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo: “compreender o papel da institucionalização nas mudanças sobre a imagem que as pessoas idosas têm sobre si mesmas”, fundamentando-se numa metodologia qualitativa com recurso à entrevista semiestruturada.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico. A primeira parte – enquadramento teórico, está dividida em dois capítulos: o capítulo I diz respeito à pesquisa conceptual acerca da demografia em Portugal, das políticas de envelhecimento e institucionalização das pessoas idosas; e, o capítulo II centra-se na identidade na velhice: identidade e perceção da velhice nas pessoas idosas institucionalizadas. Na segunda parte – estudo empírico, apresentam-se os objetivos da pesquisa, a metodologia e os instrumentos utilizados para levar a cabo a investigação, bem como a recolha de dados, os resultados encontrados e a discussão dos mesmos, por fim, as considerações finais.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parte que se segue, diz respeito à fundamentação teórica que sustenta o presente estudo. Está dividida em dois capítulos que se focam em torno do processo de envelhecimento das pessoas mais velhas, do processo de institucionalização, identidade das pessoas mais velhas.

Capítulo I – Traços das sociedades hodiernas

1.1.– A Demografia

O conceito de envelhecimento demográfico traça-se pela relação entre a população jovem e a população idosa. Este fenómeno decorre de uma diminuição da taxa de natalidade e da taxa de mortalidade, observando-se um aumento da esperança média de vida. Tal fenómeno, começou a ser observado na sociedade europeia a partir da segunda metade do séc. XX (Nazareth, 1996), após cerca de dois séculos de "boom populacional" (Barata, 1989).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento populacional está declarado como um fenómeno de amplitude mundial, prevendo que em 2025 haja 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos. Um dos indicadores do envelhecimento é a esperança média de vida, em 2000 era de 60 anos, prevendo-se que em 2025 esta se situe nos 73 anos (OMS, 2021).

Os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), comprovam que Portugal, tem acompanhado o fenómeno do envelhecimento considerado na Europa, sendo que a população com 80 anos ou mais anos de idade, aumentou cerca de 35%.

Em Portugal, e com base nos dados do triénio a partir de 2001, sabe-se que a esperança média de vida à nascença em 2020 era de 80.7 anos de idade, sendo que em 1970 era de 67,1 anos de idade (PORDATA, 2021).

Ao interpretar a questão evidenciada nos dados do PORDATA (2021): “*Quantos anos, em média, pode uma pessoa com 65 anos e mais anos esperar viver?*”, verificamos que no ano de 1970, a média de anos vividos após os 65 anos de idade era de 13,5 anos de idade e em 2020, passou para 19,4 anos de idade.

Este aumento da esperança média de vida deve-se não só aos progressos na medicina, mas, sobretudo, às práticas higiénicas e de prevenção, tais como a vacinação e a melhoria das condições de vida e da gestão dos problemas e conflitos sociais (Alaphilippe & Baily, 2014).

Para Alves (2012), esta estrutura demográfica é consequência de diferentes fenómenos na qual se sobressaem: a diminuição da taxa de natalidade, a melhoria das condições de

vida/ saúde, as migrações que tiveram como impulso a urbanização e a emancipação da mulher.

Segundo Bravo (2015), no decorrer dos últimos 25 anos, o paradigma económico-institucional alterou-se substancialmente, o envelhecimento da população intensificou-se na totalidade dos países desenvolvidos, com mais incidência na Europa, onde se verificou a diminuição da taxa de fecundidade, o aumento da esperança média de vida, e a taxa de desemprego cada vez mais acentuada, face às desigualdades salariais e ao aumento do desemprego estrutural.

Dias e Rodrigues (2012), referem que Portugal, é hoje, um dos países com maior tendência de envelhecimento da Europa, o que origina um grande desafio a nível social e cultural, exigindo assim uma reformulação no papel da velhice e das pessoas idosos neste país pós-tradicional

1.2.– As políticas públicas (paradigmas do envelhecimento)

Na perspetiva de Ander-Egg (1974, p.176), a política social define-se como:

(...) um conjunto de ações que como parte das Políticas Públicas, se propõe a melhorar a qualidade de vida mediante a prestação de uma série de serviços que procuram atender às necessidades básicas de todos os cidadãos, assegurando níveis mínimos de renda, alimentação, saúde, educação e habitação. Da mesma forma, tende a diminuir as desigualdades sociais e atender os grupos que por motivos de idade ou empecilhos físicos ou psíquicos, não podem gerar recursos por meio do próprio trabalho.

Segundo Fernandes (1997), as políticas sociais de velhice têm por objetivos intervir publicamente no sentido de contrariar as tendências de solidão e isolamento a que muitos idosos estão incluídos, pois, uma vez afastados do seu seio familiar, terão de integrar e usufruir de medidas públicas.

A definição dos limites para a idade em que começa e acaba a velhice é ambígua, uma vez que, os 65 anos, eram vistos como a idade da reforma, e como o tempo seguro do início da velhice, no entanto, atualmente, as pessoas reformam-se mais cedo por questões como: idade, desemprego e incapacidade (Pimentel, 2001).

Por outro lado, sabe-se que atualmente, a velhice é um período cada vez mais longo, o que coloca em causa o papel que a sociedade atribui aos idosos e a divergência de opiniões no que diz respeito à evolução do estatuto social do idoso ao longo dos tempos.

De acordo com Dubar (1997), verificou-se uma crescente diversidade de medidas e de respostas concretas, de maior proximidade, que visam facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares, através de um conjunto de serviços de âmbito comunitário e domiciliário que retardem ou evitem o recurso à institucionalização.

O Estado, assumiu-se como o grande promotor do bem-estar social, através da melhoria das condições de vida das pessoas mais velhas, especialmente em situações onde a rede de solidariedade primária são insuficientes ou nulas. Estas melhorias passaram pela construção de medidas e respostas, através da criação de equipamentos diversificados e com resposta às diferentes necessidades dos indivíduos (Pimentel, 2001).

Apesar de existirem várias medidas/respostas sociais na velhice, consideramos que não existe uma política de envelhecimento em Portugal. Ao longo do tempo, como se verificou, assistiu-se à adoção de medidas de política dirigidas à população idosa, que poderemos designar por “políticas de velhice”, que se materializaram em estratégias programas, medidas e equipamentos e serviços, de modo a dar resposta às necessidades inerentes à velhice (António, 2013, p.100).

Na perspetiva de Fernandes (1996), a emergência do problema social baseia-se na alteração do tipo e da forma como se relacionam as gerações no seio familiar. A entrada na reforma exige a reorganização do ciclo de vida e das formas de ocupação do tempo ócio, face a ausência de horários e responsabilidades laborais. Mais do que uma fonte de rendimento, a atividade profissional é percecionada uma forma de integração social (Pimentel, 2001).

Podemos entender que as políticas sociais e respetivas medidas, são um grande apoio para as famílias da pessoa idosa. Não obstante, apesar da existência de medidas e políticas sociais dirigidas às pessoas idosas, é necessário promover a autodeterminação das mesmas, reforçando a necessidade de fazer respeitar os seus direitos, sendo fundamental a sua participação nas tomadas de decisão que envolvem o seu futuro.

Apesar de todo o caminho traçado ao nível do apoio social à pessoa idosa, é emergente reverter o pensamento negativo que ainda hoje recai sobre as

peças idosas, e valorizar a visão do envelhecimento como sendo uma conquista da humanidade que deve ser celebrada (Osório & Pinto, 2007, p.183)

A sociedade deverá também procurar responder às necessidades deste grupo etário que tem vindo a aumentar, através da criação de redes de suporte formais para colmatar a sua escassez, respondendo à procura existente no presente e à maior procura no futuro. A consciencialização das redes de suporte informais (e a sociedade em geral) na dignificação de cidadãos mais idosos é igualmente importante (Carrilho & Patrício, 2008).

1.3.– A Institucionalização da Pessoa Idosa

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), é referenciada na Portaria nº 67/2012, de 21 de março (MTSSS, 2012), como “*uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia*”.

Na perspectiva de Cardão (2009) são vários os motivos que levam a família e/ou o idoso a tomar a decisão da institucionalização: a viuvez, a idade, o diagnóstico, doenças crónicas e múltiplas, estado mental, limitação nas atividades de vida diárias (AVD), o facto de morarem sozinhos, ausência de rede de suporte social, sexo feminino, a etnia e a pobreza. Paúl (2005) refere que a falta de recursos económicos e a falta de saúde são um dos motivos principais que levam à institucionalização das pessoas idosas.

Na mesma linha de pensamento, Vaz (2009) aponta o isolamento e a falta de uma rede facilitadora de integração social e familiar, como promotores da perda de identidade, da autoestima e da liberdade, que levam à institucionalização.

Cardão (2009), destaca também a falta de tempo da família para dedicar às gerações mais velhas. Aspeto que se reflete numa falta de capacidade para dar resposta às necessidades dessas mesmas. Deste modo, o elevado grau de dependência física/mental, os conflitos familiares associados podem desencadear no idoso um sentimento de fragilidade que o acaba por levar à institucionalização.

Lourenço (2014), destaca que a instituição desempenha um papel crucial ao nível da integração do idoso, esta deverá traçar um plano de acolhimento para conhecer a história de vida da pessoa idosa, a sua história clínica, de modo a compreender a sua personalidade, o seu relacionamento com os familiares e a comunidade em geral, bem como ter em conta os seus hábitos, preferências, potencialidades, necessidades e dificuldades.

Na perspetiva de Pimentel (2001), a entrada numa ERPI está estritamente associada a imagens negativas e estereótipos e, aos olhos dos idosos a institucionalização simboliza abandono, morte, separação e sofrimento. É vista, pela pessoa idosa, como o último período da sua vida, onde muitas das vezes não têm expectativas ou possibilidade de retorno.

Pimentel (2001) aponta ainda que a maioria das ERPI não têm em consideração os desejos e motivações dos utentes, atendendo apenas a necessidades fisiológicas. Paúl e Fonseca (2005) reforçam que o apoio prestado pelas redes sociais é fundamental para garantir a autonomia, a autoavaliação positiva, a saúde mental e a realização pessoal, enquanto meios promotores do envelhecimento ativo.

Daniel (2006) apresenta uma perspetiva mais alargada, assente nas transformações atuais com que a sociedade se depara, nomeadamente as mudanças ocorridas nos padrões de distribuição das idades. Deste modo, Almeida (2014), sublinha que são diversos os motivos que levam à institucionalização das pessoas idosas, muitas vezes, a conjugação de muitos deles, e não um isoladamente, que conduzem a esta escolha.

Fragoso (2008) considera que as alterações demográficas implicam uma reflexão acerca do papel do cuidador, com especial atenção nas práticas de cuidado e conseqüente humanização da prestação de cuidados aos idosos institucionalizados. Por sua vez, Oliveira (2010), refere que cabe às instituições encontrar medidas e formas de prevenção/intervenção que permitam proporcionar uma prestação de cuidados à pessoa idosa tendo em conta a sua individualidade e as suas necessidades.

Para Cardão (2009), a entrada numa instituição acarreta para a pessoa idosa, desconforto, desconfiança e angústia – sentimentos provocados pelo sentimento e ação de mudança; o confronto direto com esta mudança promove o aparecimento de medos: medo dos maus tratos, do desrespeito pela integridade física e psicológica, o abandono familiar, das novas

rotinas, dos novos companheiros, a partilha dos espaços comuns e na maioria das vezes do quarto, e, conseqüentemente a liberdade.

As pessoas idosas acabam, por perder o controle das suas atividades diárias, da sua rotinas e horários. O controle da higiene e conforto, da alimentação, limpeza e arrumação dos espaços comuns, medicação, regras e normal fazem parte do dia a dia das pessoas idosas institucionalizadas. Estas rotinas institucionais às quais os residentes se têm que habituar tornam a vida monótona e rotineira (Pamplona, 2011).

Destacando assim a teoria de Jacob (2007) que defendia que tais rotinas institucionais promoviam a perda de autoestima, o aumento do número de depressões, a dependência em massa, comportamentos automáticos e disruptivos, a perda de interesses pelo mundo em geral, conduzindo comportamentos persecutórios e conseqüentemente, perda de qualidade de vida.

De acordo com, Herédia et al. (2014) *cit in* Barros (2020), o processo de institucionalização representa muito mais que uma mudança de ambiente físico. Esta mudança implica a necessidade de criação de relações ambientais, sociais e pessoais que podem acarretar sentimentos de angústia, perda e abandono. Goffman (1999), salienta que a pessoa idosa institucionalizada vivência um confronto identitário – no contexto da totalidade, adita (Levinas, 2010).

Nesta perspectiva, torna-se crucial desenvolver respostas sociais adequadas às realidades e especificidades locais, com envolvimento e participação dos diversos agentes sociais. Pimentel (2001) refere a importância de criar equipamentos adequados às necessidades dos utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade, os seus gostos/preferências e, individualidade, e, proporcionando ainda espaços de realização pessoal, para que assim a institucionalização se torne menos dolorosa e angustiante.

Capítulo II – Identidade na velhice: percepção da velhice nas pessoas idosas institucionalizadas

2.1. – Conceito de Identidade

As identidades, podem ser associadas a dimensões individuais, com base nos conceito e imagens que construímos sobre nós próprias (Jacques, 1998), e a dimensões sociais, por meio de sentimento de pertença a determinadas coletividades sociais e culturais (Bauman, 2005). Ambas, relacionadas com a construção de processos permanentes de experiências e trocas com os que nos rodeiam (Brandão, 1990), sendo essa construção baseada an dialética “diferenças e igualdades” (Jacques, 1998, p.22).

Segundo Erikson (1987), a identidade é vista como um processo que engloba múltiplas experiências do indivíduo ao longo da sua vida e é construída no meio de redes facilitadoras e interativas, nas quais o indivíduo se defini em relação aos outros.

Para Ciampa (1987) (*cit in* Lourenço, 2014), a identidade permite individualizar a pessoa como um ser único, diferente do seu semelhante.

Dubar (1997), explica identidade como o resultado do processo de socialização, que compreende o cruzamento dos processos relacionais e biográficos. Ou seja, os processos relacionais dizem respeito aos processos que estão dentro de um sistema de ação nos quais as pessoas estão inseridas. Já os biográficos tratam da história de vida, habilidades e processos pessoais.

Para Salinet (2011), a identidade pode ser definida como um conjunto de caracteres próprios, únicos e exclusivos que cada um detém sobre si mesmo. Este conjunto de caracteres próprios está inerente à pessoa, à sua história de vida, à sua personalidade, aos seus valores, à sua cultura, aos seus gostos, aos seus desejos, ao seu futuro.

Bauman (2005, p. 35) faz referência à multiplicidade de identidades que temos em nós próprios, relacionando-se eles, ora de forma harmoniosa, ora conflituosa, dependendo da fluidez das identidades no contexto da sociedade e época atual, em que está inserido.

Observando o estudo de Viegas e Gomes (2007, pp. 11-12), as autoras, comparam a dimensão relacional do processo de construção de identidades com um “jogo de espelhos”, “*onde a imagem de si próprio está constantemente a remeter-se para os outros e a integrar os outros no contexto relacional onde se efetiva o processo de identificação*”.

Nesta linha de pensamento, as autoras supracitadas (Viegas & Gomes, 2007) fazem referência ao processo de envelhecimento como um “estado limiar”, onde os indivíduos se deparam com diversas “encruzilhadas”, as quais convocam a “reorientações da identidade a partir de cadeias de relações significativas ao longo da vida” (Viegas & Gomes, 2007, p. 12).

Se tivermos em conta, os processos de minoração de valor e o estatuto consequentes da fragilização e /ou perda de vínculos de pertença na sociedade, a “reorientação identitária” pode ser entendida como uma forma de “*manipulação da identidade deteriorada por um estigma*” (Goffman, 1988).

Desta forma, podemos afirmar que a manipulação da identidade deteriorada pode efetivar uma afirmação de resistência e sobrevivência, particularmente com base na reafirmação de outros papéis e estatutos sociais, também assumidos e valorizados, por intermédio das memórias passadas remetidas para o presente. Passando assim, a identidade a ser definida com base nas condições espaciais e temporais em que se encontra o indivíduo (Oliveira, 2014).

Com base no estudo de Carapeta, Ramires e Viana (2001), a noção que cada indivíduo forma acerca de si próprio, das suas capacidades, atitudes e valores, nos domínios físico, social e moral, vai-se alterando com o passar do tempo. Estritamente, relacionado com a velhice, a premissa na abordagem ao tema “identidade” na pessoa idosa baseia-se na “*abordagem que é feita ao individuo através dos hábitos e costumes, valores, ideologias, sentimentos, interesses e cultura, diferindo apenas a vivência e a experiência de vida que a fez chegar ao estágio de maturidade cognitiva/psicológica e fisiológica/orgânica*” (Oliveira, 2014, p.44).

2.2. – Identidade Pessoal, Social e Cultural

Os papéis/cargos que ocupamos e assumimos no seio familiar, na comunidade e nas inúmeras relações e práticas identitárias e culturais que vimos a desempenhar ao longo do ciclo da vida, resultam da construção de significados e da interação constante com a sociedade em que estamos inseridos.

A identidade é vista como uma construção social e não como um dado adquirido biologicamente, que representa a forma como os indivíduos se relacionam entre si.

Para Guimarães (2018), a identidade pessoal é vista como a caracterização peculiar de cada indivíduo, o espelho do “eu”, de como me vejo e como sou. A identidade pessoal, define o indivíduo no seu Eu, de quem de facto diz ser mesmo, na heterogeneidade social.

Para as autoras Viegas e Gomes (2007, p. 14-26), a identidade pessoal passa despercebida quando há mudanças ao nível físico e cognitivo, no entanto, o processo de transformação não se transforma quando se tem convicção de que somos a mesma pessoa ao longo de toda a vida.

Na mesma linha de pensamento, Teixeira (2000, p.30), refere que a identidade pessoal, assenta principalmente na perceção interna que os indivíduos possuem de si próprios, com base na comunidade em que estão inseridos e nas reconstruções das representações identitárias do seu Eu, construindo unidades mais complexas.

Para Lourenço (2014), a identidade pessoal é compreendida como uma apropriação subjetiva da identidade social, pelo facto, de ser marcada quer pelas categorias de pertença objetiva, quer pela relação com os outros no meio envolvente.

Para Dubar (1997), a identidade social é construída e não transmitida. O autor, defende que uma geração não transmite nada a outra geração. O mesmo, acredita, que cada indivíduo constrói as suas próprias experiências, numa geração, dentro do seu espaço cultural no meio em que está inserido.

A identidade cultural, está estritamente ligada ao meio que nos rodeia, aos seus hábitos, costumes e tradições que são inculcadas ao longo da vida e que vêm definir a personalidade do indivíduo. A pessoa é transformada continuamente face à forma como é representada ou interpelada nos sistemas culturais onde está inserida.

Pina (1991, 1994, *cit. in* Gomes, Viegas, 2007, p.16) salienta que a pessoa idosa enquanto agente ativo é uma pessoa que pertence ao mundo, consciente e dependente dos outros, para fazer sentido de si próprio. Deste modo, e para fazer sentido de si próprio, a sociedade engloba um conjunto de papéis sociais, o de filho, pai, avô, que para Osório e Pinto (2007, p.36) acarreta inúmeras mudanças ao nível comportamental, no que concerne a um papel específico.

Nesta linha de pensamento, aprender os papéis sociais, é aprender um conjunto de regras criadas pela própria sociedade. O Ser humano, ao longo da vida assume vários papéis que estão estritamente relacionados com o fator idade e com a hierarquia social (Osório & Pinto, 2007).

No que concerne, à velhice, estas alterações centram-se nas questões da saúde, reforma, deterioração física e mental, morte do cônjuge, entre outros. São vários os estudos que abordam as mudanças nos papéis sociais e na saúde física, e que, influenciam a definição de identidade de idade ou invalidez do envelhecimento, como é o caso do estudo de Kamla-Raj (2000) *cit in* Oliveira (2014), onde podemos observar que a imagem negativa que os indivíduos constroem, inclui um conjunto de expectativas de comportamento ou prescrições que definem o que a pessoa percebe.

Atualmente, a sociedade está repleta de preconceitos e estigmas associados à idade. Os estereótipos negativos do envelhecimento são influenciados pela imagem social e vice-versa, o que como consequência eleva a importância da psicologia social, que refere que o que pensamos de uma pessoa influencia a forma como nos comportamos em relação a ela (Palmore, 2003 *cit in* Oliveira, 2014).

De acordo com o estudo de Barreto (1988) *cit in* Oliveira (2014), as representações estereotipadas do idoso são marcadas pelos aspetos positivos como a sabedoria, moderação e autocontrolo e, por outro lado, pelos aspetos negativos como a rigidez, dogmatismo, a insegurança e a dependência. Neste sentido, e segundo Lipiansky (1990), a identidade assume um conjunto de características que definem um sujeito e permitem a sua identificação do exterior, a mesma pode ficar afetada com a institucionalização, ou pelo contrário constituir uma oportunidade de interação e aquisição de novos papéis sociais (Fernandes, 2000).

De acordo com Pimentel (2001), muitas das adaptações que os idosos têm que experimentar representam verdadeiras crises, que afetam a sua identidade, o que pode traduzir-se em dificuldades ao nível da adaptação por meio de fatores psicológicos e/ou problemas pelos quais passaram, como, por exemplo, as perdas, as doenças e o desenraizamento. É necessário, desenvolver respostas sociais adequadas às realidades e especificidades locais, com envolvimento e participação dos diversos agentes locais.

2.3. – Representações identitárias e percepção da velhice nas pessoas idosas institucionalizadas em ERPI

O processo de envelhecimento é único e irreversível, pelo que é diferente de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes experiências e vivências, e, por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014).

Sabe-se ainda que, o envelhecimento ocorre a diferentes níveis e ritmos e que não abrange os indivíduos com o mesmo grau de dependência. As alterações biopsicossociais vão-se desenvolvendo ao seu próprio ritmo, de forma distinta e dependendo dos fatores extrínsecos como: estilo e hábitos de vida, ambiente em que se insere, atividades que desenvolve e os cuidados que se tem ao longo da vida; e, dos fatores intrínsecos como a hereditariedade e o estado de saúde (Caldas & Guerra, 2010).

A construção social da velhice está estritamente relacionada pelas alterações representativas da idade. A conceção que temos de uma pessoa idosa altera consoante a etapa do ciclo da vida em que nos encontramos. Em todas as etapas do ciclo da vida, ocorre um processo de desenvolvimento, este que está em constante mudança e, acarreta ganhos e perdas. No entanto, o processo de envelhecimento está associado a imagens negativas, decadência e dependência (Jimenez, 1997; Rodrigues, 2011; Silva, 2015).

As limitações físicas associadas a doenças que possam vir a condicionar as capacidades das pessoas mais velhas, traduzem-se numa diminuição da autoestima e no desencadeamento de pensamento de angústia e frustração (Silva, 2015).

Ao longo do ciclo vital o ser humano, enquanto ser social, vai assumindo diferentes papéis sociais que exigem uma série de mudanças comportamentais características de um determinado papel. Nesta perspetiva, Lopes (2001) considera que os diferentes papéis que o indivíduo assume estão diretamente relacionados com a idade, a hierarquia social e outras pertenças representativas de novos papéis sociais.

Lopes (2001) salienta ainda, que o facto de a sociedade atual encarar o envelhecimento como uma fase de decadência e rejeitar o idoso dos sistemas económico, social e cultural, contribui para os conflitos identitários das pessoas mais velhas.

Para Caldas e Guerra (2010), a representação (social) é uma representação da palavra que consiste em pensamentos, ideias, imagens, opiniões e organização de conhecimento mais ou menos disponíveis na consciência do sujeito.

As pessoas mais velhas, com base nos fundamentos do senso-comum (da sociedade em geral) acabam por se retrair e, associar que muitas das atividades que levavam a cabo durante toda a sua vida, bem como funções que sempre desempenharam, já não são desempenhadas pelo próprio com a mesma eficácia e qualidade. Partem do princípio que a sua dependência acarreta incompetência, conduzindo assim a uma redução do seu estatuto social e por sua vez, discriminação (Zimmerman, 2000).

Pául (2015), defende que a representação que os outros têm sobre o envelhecimento, passa pela perda de autonomia, o que conduz a um estigma de que a velhice é um problema social. O olhar do outro em relação à velhice, é o olhar estigmatizado e negativizado o que leva o próprio idoso a olhar para o seu processo de envelhecimento como algo mau e errado.

Para Lourenço (2014), estes preconceitos e representações sociais, acabam por ser disseminadas e partilhadas de geração em geração, sendo emergente uma reeducação social neste sentido. Todas estas ações traduzem na pessoa idosa afetos negativos – rejeição, tristeza e até mesmo depressão. As pessoas idosas tendem a negar tais sentimentos, isolando-se e privando-se de fazer aquilo que sempre gostaram.

Nesta linha de pensamento, Marques e Lima (2010), referem-se a esta discriminação com base na idade cronológica, como idadismo – um fenómeno que se refere às atitudes e práticas negativas generalizadas acerca dos indivíduos, apenas pela sua idade.

O idadismo é visto como um juízo, uma opinião negativa, uma discriminação a alguém sobre a sua idade, marcando presença ativa em várias sociedades, incluído a sociedade Portuguesa (Marques & Lima, 2010; Marques, 2016).

Levy (2003), refere que a manutenção das atitudes e expectativas positivas face ao envelhecimento, reduz o stress associado às mudanças biopsicossociais acarretadas pelo processo de envelhecimento, promovendo assim a resiliência no decorrer do processo e consequente aumento da longevidade.

Em suma, Fonseca (2014), defende que se trata maioritariamente, de criar um significado e uma identidade para a velhice, através da manutenção da competência no desempenho

das atividades básicas e instrumentais do dia-a-dia, desafiando essa mesma competência como uma medida de saúde, e de bem-estar, detentora de um papel fundamental na satisfação com a vida.

2.2.1. – Alteração das representações identitárias e dos papéis sociais na velhice: aspetos biopsicossociais e socioeconómicos

À medida que se envelhece, *ser capaz de* é um conceito fundamental na criação de significado para a vida, e o que fazemos está conectado ao que somos. É fundamental que associado ao processo de envelhecimento, se compreenda a necessidade de uma abordagem holística, em que a avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes se faça, essencialmente, em termos das atividades que elas são capazes de realizar (as suas potencialidades), e que lhes transmitem um sentido de controlo sobre as suas vidas; “ter saúde” pode ser um facilitador ou uma barreira, mas não um determinante absoluto de bem-estar na velhice, pois variáveis como o estado civil, o local onde se vive, o rendimento disponível ou as relações familiares e sociais têm um papel crucial na percepção de bem-estar (Caldas & Guerra, 2010).

Pamplona (2011), menciona que o processo de institucionalização acarreta um ambiente coletivo de regras e imposições que funcionam de igual modo para todos os residentes da instituição e que por sua vez, são diferentes da história de vida das pessoas idosas, da sua personalidade, identidade e individualidade.

Segundo o estudo de Pimentel (2001) acerca da institucionalização do idoso, a autora, afirma que a maioria das ERPI não tem em consideração os desejos e a motivação dos utentes, pois limitam-se a dar resposta às necessidades básicas, fisiológicas, esquecendo-se das necessidades sociais e afetivas.

Na mesma linha de pensamento, os autores Sousa; Figueiredo e Cerqueira (2006), atribuiu à entrada em ERPI uma desvalorização ao nível dos desejos e autonomia dos utentes, uma vez que é mais importante para os cuidadores formas, assegurar as necessidades físicas da pessoa, garantir o bem-estar dos utentes, gerir a vida pessoal, privando-a da sua autonomia, potencialidades, independência e funcionalidade, e, tornando-a assim mais rapidamente, dependente.

Além das mudanças físicas e psíquicas que o processo de envelhecimento acarreta, as modificações económicas, sociais e familiares têm vindo a limitar a capacidade de

acompanhar e cuidar das novas gerações mais velhas, o que conseqüentemente, provoca a reestruturação dos papéis sociais e nas relações no seio familiar (Fonseca, 2004).

Na realidade concreta de Portugal, segundo Lourenço (2014), a família é ainda o suporte das pessoas idosas, contudo, as responsabilidades de cariz mais social e associadas ao envelhecimento têm passado progressivamente para o domínio do Estado, dando origem à criação de mais medidas e políticas associadas ao envelhecimento com o intuito de dar resposta às necessidades da comunidade em geral.

Para Pimentel (2011), as famílias atuais, são maioritariamente do tipo nuclear, isto é, não estão isoladas da sua rede familiar e, assumem na vida das pessoas idosas um papel preponderante no que concerne ao suporte, segurança e cuidados.

De acordo com Fonseca (2004, p. 183),

À medida que se envelhece, aspectos como a saúde física, alterações na personalidade e no estado de ânimo, mudanças na estrutura familiar e na esfera das relações sociais, entre outras variáveis, concorrem inevitavelmente para que se tenha de encarar o envelhecimento como um período em que os esforços de adaptação visam uma reorganização do modo de vida, decorrente das perdas (em maior número) e dos ganhos (em menor número) característicos deste processo.

As crises de identidade na velhice podem gerar mudanças significativas e substanciais no estilo de vida dos indivíduos e de interferirem no seu bem-estar geral, como na mudança no padrão de vida idealizado após a reforma e a ocorrência de acontecimentos imprevistos, criando dificuldades suplementares de adaptação.

Para Carneiro (2012), os laços entre a família e a pessoa idosa institucionalizada são de extrema importância para a criação de uma relação de proximidade entre ambos. As instituições devem promover o contacto entre o utente e a família, diminuindo assim o risco de conflitos durante o processo de institucionalização.

O estudo de Rissardo *et al.*, (2011), centra-se na importância das famílias no processo de institucionalização e nas alterações dos papéis sociais e conseqüente reestruturação dos papéis familiares que esta implica. Tal estudo, visa que a família deve ser o maior suporte das pessoas idosas, no entanto, muitos dos familiares deixam de visitar os utentes, deixando todos os encargos com a instituição.

Na mesma linha de pensamento estão Fontana, Soares e Tier (2004), que aditam que a família tem um papel de extrema importância na vida da pessoa mais velha e que apesar dos conflitos que possam existir entre gerações, a institucionalização desencadeia o afastamento dos familiares.

Para Creutzberg, Gonçalves, Sobottka e Santos (2007), as ERPIS não podem substituir as famílias na totalidade, mas sim, serem uma ampliação da mesma, onde a pessoa idosa poderá também encontrar e criar vínculos e laços significativos.

Carneiro (2012), aponta que o aumento das visitas às pessoas idosas em ERPI provocava, nos mesmos, efeitos emocionais mais positivos, melhorado assim as relações com as famílias, com a comunidade institucionais e, por conseguinte, aumentava o seu nível de satisfação com a vida em geral.

De acordo com Pimentel (2001), a passividade e a falta de motivação condicionam o nível de atividade e participação das pessoas idosas no cotidiano. Declara-se, portanto, relevante que o idoso mantenha um equilíbrio emocional e psicológico, o que implica definir objetivos e assumir a importância de aprender ao longo de todo o ciclo de vida. A autora refere, também, que é em função dos valores e das práticas de cada sociedade que se atribui maior ou menor importância ao papel do idoso.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

~

Capítulo III – Metodologia

3.1. – Problemática e Objetivos de estudo

O presente estudo procura conhecer as percepções das pessoas idosas institucionalizadas sobre o seu processo de envelhecimento e compreender o papel da institucionalização nas mudanças sobre a imagem que as pessoas idosas têm sobre si do ponto de vista pessoal, social e cultural.

Durante a institucionalização, são implícitas à pessoa idosa, a normas e regras que condicionam o seu quotidiano e que podem interferir com a sua personalidade, capacidade, integridade, autonomia e individualidade (Silva, 2015).

Deste modo, o processo de institucionalização é muitas das vezes associado a dependência e decadência da pessoa idosa, excluindo de primeira instância os seus gostos pessoais, os seus hábitos e costumes, as suas rotinas e preferências, que por sua vez, vem condicionar os seus contactos sociais e a sua autoestima (Lourenço, 2014).

Estritamente relacionado com a institucionalização, surge a desmotivação, despersonalização, a diminuição da força de viver, os sentimentos de impotência e de tristeza, bem como os de revolta, ansiedade, medo, conflitos, agressividade, solidão, depressão e em muitos casos, a ideia suicida (Pamplona, 2011).

A investigação, procura encontrar na amostra, dimensões que refletem a pessoa idosa com base no seu quotidiano e vivências nas dimensões, pessoal, social, cultural e pessoa de um ponto de vista institucional.

Quivy e Campenhout (2005) afirmam que a pergunta de partida deve ser o primeiro passo que desencadeia a investigação científica, rompendo com os preconceitos e pré noções do investigador.

O problema a investigar, está relacionado com a abordagem ou a perspetiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida.

Segundo os mesmos autores (Quivy & Campenhout, 2005), construir a problemática a investigar equivale a formular os pontos principais de referência teóricas da investigação, isto é, a pergunta que estrutura a investigação, os conceitos e as ideias gerais que levarão a cabo o estudo.

Deste modo, e com base na problemática da presente investigação, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

“Qual o papel da institucionalização na transformação identitária das pessoas idosas da Residência Lótus?”

Com a presente investigação, é esperado compreender as perceções das pessoas idosas institucionalizadas sobre o seu processo de envelhecimento e as transformações identitárias, com a entrada na ERPI. no campo pessoal, social e cultural, está refletida na identidade.

No que se refere ao objetivo primordial da investigação, este é:

- ✓ Compreender o papel da institucionalização nas mudanças sobre a imagem que as pessoas idosas, de uma ERPI, têm sobre si mesmo.

No que concerne aos objetivos específicos da investigação, estes são:

- ✓ Caracterizar os participantes do estudo;
- ✓ Identificar o estado cognitivo e mnésico dos participantes;
- ✓ Conhecer os motivos da institucionalização;
- ✓ Conhecer as rotinas institucionais da Residência Lótus;
- ✓ Identificar as atividades socio-ocupacionais frequentadas pelos participantes;
- ✓ Perceber quais as representações que as pessoas idosas têm de si no período antes e após a institucionalização;
- ✓ Identificar mudanças identitárias no seu percurso de vida;
- ✓ Entender as relações sociais estabelecidas entre as pessoas idosas institucionalizadas e os seus cuidadores formais;
- ✓ Conhecer as perceções dos participantes sobre a institucionalização e a sua identidade a nível pessoal, social e cultural.

3.2. – Paradigma em estudo

Na escolha do paradigma devemos ter em conta os resultados que poderão surgir e como tal, exige algum rigor na sua escolha, pois pode influenciar os resultados da investigação, aproximando-os ou afastando-os da realidade.

No início da investigação, é crucial pensarmos na natureza do objeto e dos problemas que vamos investigar, conduzindo-nos assim a uma melhor escolha do caminho metodológico a seguir.

Após essa análise, o paradigma mais adequado a esta investigação é o paradigma qualitativo, uma vez que utiliza uma abordagem interpretativa, naturalista e holística do mundo. Os seus objetivos de estudo centram-se nos valores, nas crenças, nas representações, hábitos, atitudes e opiniões dos indivíduos em contexto social.

Segundo Creswell (2007), a pesquisa qualitativa é um meio para explorar e compreender o sentido que os indivíduos atribuem para problemas sociais e humanos.

Minayo (2010), esclarece ainda que a pesquisa qualitativa dirige as probabilidades para a compreensão da vinculação interna de grupos e instituições sobre a importância cultural e os aspetos sobre a sua história e temas reservados, as relações entre indivíduos, instituições e ainda os movimentos sociais.

3.3. – Tipo de estudo

O presente estudo fundamenta-se num estudo de caso, de cariz qualitativo, com uma abordagem exploratória, tendo em conta que se pretende explorar uma problemática concreta, a Residência Lótus (Fortin, 2009).

Partindo de Yin (1994), Carmo e Ferreira (1998) caracterizam o estudo de caso como uma abordagem empírica caracterizada pela investigação de um fenómeno atual no seu contexto real, pela falta de evidência dos limites entre determinados fenómenos e o seu contexto e pela utilização de muitas fontes de dados.

3.4. – Participantes no estudo

A escolha dos participantes do presente estudo focou-se nas pessoas idosas residentes numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, a Residência Lótus, situada em Caldas da Rainha.

O universo de residentes era de 52 indivíduos, no entanto, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foi selecionada uma amostra de 15 indivíduos.

O número de participantes estipulados para levar a cabo o estudo foi determinado de acordo com critérios de saturação teórica e empírica (Streubert, H. & Carpenter, 2002); Guerra (2006), tornando-se assim uma amostra de carácter intencional.

A média da idade dos participantes é de 71 anos de idade, sendo que 10 participantes são do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

3.4.2. – Critérios de Inclusão

“...definem as características principais da população-alvo” (Hulley, 2001).

- ❖ Idade superior a 65 anos;
- ❖ Residente na Residência Lótus há mais de 6 meses;
- ❖ Estado cognitivo e mnésico válido para participar no estudo – avaliação segundo a consulta dos processos e planos individuais e aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE).

3.4.3. – Critérios de Exclusão

“... por características que poderiam interferir na qualidade dos dados, na aceitabilidade da randomização ou interpretação dos achados” (Hulley, 2001).

- ❖ Estado cognitivo abaixo de 22/24/25, consoante o seu nível de escolaridade e segundo a aplicação do MMSE;
- ❖ Recusa por parte do indivíduo em participar no estudo.

3.4.1. – Caracterização da Instituição

A Residência Lótus (pseudónimo), é uma ERPI localizada no concelho de Caldas da Rainha, com capacidade para 52 utentes. O seu quadro técnico é composto por Diretora Técnica (com formação base em Educação Social), uma Animadora Sociocultural, uma enfermeira a tempo parcial, um Médico e uma Fisioterapeuta (uma vez por semana). Quanto à equipa de Auxiliares de Ação Médica, esta é composta por 13 elementos.

A nível de serviços, a Residência oferece apoio diário nos cuidados de higiene e conforto, alimentação, hidratação e eliminação, animação/lazer. Tem serviços pontuais de

cabeleireiro e estética. É ainda de salientar, que a Residência tem um acordo com o Hospital Doutor Fernando da Fonseca (HFF).

A escolha da Residência Lótus para este estudo compreendeu-se pelo facto de a investigadora ter desempenhado, anteriormente, funções de Gerontóloga na Instituição. É de salientar, que no momento em que decorreu a recolha de dados para a investigação, a autora encontrava-se a trabalhar na Instituição.

3.4.4. – Instrumentos para a seleção dos participantes – Mini Mental State Examination (MMSE)

Para procurar responder ao segundo objetivo específico (“identificar o estado cognitivo e mnésico dos participantes do estudo”) recorreu-se ao Mini Mental State Examination (MMSE), também conhecido por Mini- Exame do Estado Mental (MEEM) (ver anexo III). Este instrumento foi elaborado por Folstein et al (1975), citado por Apóstolo (2012, p. 61), e é um dos testes de despiste do estado cognitivo/mental mais utilizado e estudado em todas as partes do Mundo.

O mesmo foi elaborado para utilização clínica, com o intuito de despistar mudanças do estado cognitivo das pessoas mais velhas. O mesmo, poderá ser utilizado de forma individual ou a par com outros instrumentos mais amplos que permitem o rastreio de quadros demenciais (Lourenço e Veras, 2006).

Este exame do estado mental, examina a orientação temporal e espacial, a memória a curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, destreza funcional, habilidades de linguagem viso-espaciais. Este exame, não pode ser utilizado para diagnosticar quadros demenciais, mas sim como rastreio de perdas cognitivas (Chaves, 2009, citado por Apóstolo, 2012, p. 61).

O MMSE é composto por 11 itens, divididos em duas grandes partes. A primeira parte requer respostas verbais nos domínios: orientação, memória e atenção. A segunda parte diz respeito à leitura e escrita nos domínios de habilidade de nomeação, orientação verbal e escrita (escrever uma frase completa e copiar um desenho). Todas as questões devem ser realizadas segundo a ordem apresentada no teste e respeitar a pontuação que lhe é atribuída. A pontuação total do exame do estado mental, pode variar entre 0 a 30 pontos. Os pontos de corte para obtenção do score, segundo o nível de escolaridade tem vindo a sofrer algumas alterações no que concerne à população portuguesa.

Atualmente, os valores operacionais de “coorte” para a população portuguesa, segundo Morgado *et al* (2009) *cit in* Apóstolo (2012), são as seguintes:

Tabela 1- Valores operacionais de coorte MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE)	
Escolaridade	Pontuação
0 – 2 anos	22
3 – 7 anos	24
Igual ou superior a 7 anos	27

Segundo a versão portuguesa do MMSE, o teste de despiste apresenta as seguintes questões:

- 1- **Orientação** (10 perguntas – 1 ponto por cada resposta correta)
 - Em que ano estamos?
 - Em que mês estamos?
 - Em que dia do mês estamos?
 - Em que dia da semana estamos?
 - Em que estação do ano estamos?
 - Em que país estamos?
 - E que distrito estamos?
 - Em que terra vivemos?
 - Em que casa estamos?
 - E que andar estamos?
- 2- **Retenção** (1 ponto por cada resposta repetida corretamente)
 - Pêra, Gato, Bola
- 3- **Atenção e cálculo** (1 ponto por cada resposta correta – caso haja 1 resposta errada e continuar a subtrair, validam-se as restantes e para ao fim de 5 respostas corretas)
- 4- **Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)
 - 3 palavras apresentadas anteriormente: pêra, gato e bola
- 5- **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)
 - Mostrar objetos: relógio e lápis;
 - Repita a frase “o rato roeu a rolha”;

- Folha de papel: pegar com a mão direita, dobrar ao meio e colocar com as duas mãos sobre a mesa;
- Ler a frase escrita no cartão “feche os olhos” (no caso de ser analfabeto, lê-se a frase) e de seguida, cumpre o pedido – fecha os olhos;
- Escrever uma frase inteira com sujeito, verbo e com sentido (erros gramaticais não são valorizados).

6- **Habilidades construtivas** (1 ponto por cada cópia correta)

- Fazer a cópia de um desenho (dois pentágonos parcialmente sobreposto, cada um deve conter 5 lados dos quais dois ficam intercetados. Temores e rotação não são valorização).

Após a aplicação do MMSE, como explicado no Capítulo IV do presente estudo, e, segundo os critérios de seleção e exclusão definidos ainda na fase conceptual do projeto, a amostra do estudo é composta por 15 participantes dos quais apresentam a seguinte pontuação (sob pontos de corte) na aplicação do MMSE:

Tabela 2 – Pontuação obtida no MMSE

<i>IDENFICAÇÃO DO PARTICIPANTE</i>	<i>PONTUAÇÃO MMSE</i>
<i>A</i>	26
<i>B</i>	25
<i>C</i>	18
<i>D</i>	19
<i>E</i>	22
<i>F</i>	20
<i>G</i>	30
<i>H</i>	26
<i>I</i>	29
<i>J</i>	23
<i>K</i>	22
<i>L</i>	28
<i>M</i>	30
<i>N</i>	26
<i>O</i>	29

3.5. – Técnicas e instrumentos de recolha de dados

3.5.1. – Entrevista Semiestruturada

Tendo em conta que o propósito da investigação é compreender e interpretar as diferentes opiniões e expectativas das pessoas idosas institucionalizadas face à sua identidade em diferentes dimensões, a entrevista semiestruturada, torna-se fundamental para a colheita de informações pessoais acerca da pessoa idosa, das suas vivências, gostos, preferências e expectativas.

A entrevista semiestruturada permite que os entrevistados falem livremente e respondam de forma espontânea às questões que lhes vão sendo colocadas, sem qualquer tipo de manipulação de respostas. Uma vez que o presente trabalho procura saber a opinião dos participantes do estudo, achamos fundamental utilizar esta técnica para a recolha dos dados.

Não obstante, a entrevista semiestruturada permite um campo de ação amplo e de organização sequencial, pois está organizada em temas específicos e alusivos a um tema em geral, facultando particularidades do objeto em estudo.

A utilização da entrevista permite um diagnóstico de maior proximidade com os indivíduos e com o seu contexto real, através do universo de relatos, concepções, atitudes, valores e crenças.

A entrevista semiestruturada teve como base um guião de entrevista (Anexo I) elaborado à priori para o efeito, de forma a obter repostas para a questão e os objetivos formulados e obedeceu a critérios específicos, tendo em conta a seleção dos participantes e, o perfil dos indivíduos a entrevistar.

O guião da entrevista foi organizado em quatro grandes temas: I- caracterização sociodemográfica; II – identidade individual; III – identidade social e IV – identidade cultural.

3.6. –Questões éticas da recolha de dados

O presente estudo tem por base as regras implícitas à recolha de dados, dando primazia e louvor aos valores éticos e morais inerentes ao bom senso, funcionamento e gestão para levar a cabo uma investigação.

Como tal, os participantes do estudo tiveram acesso à informação e esclarecimento dos objetivos da investigação: que esta teria apenas fins científicos, assegurando o sigilo e a confidencialidade, bem como a liberdade de não resposta ou até desistência.

Não obstante, foi ainda entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) no momento imediatamente antes da realização da entrevista.

O Termo de Consentimento foi elaborado com uma parte destacável, com o intuito de o participante ficar com uma parte mais informativa e a investigadora com o consentimento (entende-se assinatura).

É ainda de salientar, que a participação no estudo foi de carácter totalmente voluntário, pelo que não teve qualquer custo adicional, nem foi atribuída qualquer gratificação monetária aos participantes.

3.7. – Procedimento de Análise de Dados

Após a recolha de dados procedeu-se à análise e seleção dos elementos mais relevantes para o estudo. recorrendo à análise de conteúdo, para as entrevistas semiestruturadas aplicadas aos participantes do estudo.

A apresentação dos resultados foi feita através da apresentação de tabelas onde constam os dados mais pertinentes do estudo. Segundo Vala (1986), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, sendo que se pode integrar em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica.

Capítulo IV – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

4.1. – Apresentação dos Resultados Obtidos

4.1.1. - Caracterização Sociodemográfica dos participantes

A análise da caracterização sociodemográfica dos participantes foi feita com base nos dados obtidos na aplicação do guião da entrevista semiestruturada, nomeadamente, através da questão número 1 (P1) – “nome, idade, habilitações literárias, naturalidade, estado civil e profissão”.

Analisando a tabela 2 (abaixo apresentada) podemos afirmar que o estudo é maioritariamente composto por participantes do sexo feminino, a média da idade dos participantes é de 71.3 = 71 anos de idade; e, apenas 2 dos 10 participantes têm o ensino universitário, sendo que 1 tem o ensino secundário e os restantes 12 têm apenas o ensino básico.

Relativamente à naturalidade, todos os participantes nasceram em meio urbano. Já os dados relativos ao estado civil, apontam para uma maior incidência na taxa de viuvez

Tabela 3- Caracterização Sociodemográfica

PARTICIPANTES	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA					
	SEXO	IDADE	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	NATURALIDADE	ESTADO CÍVIL	PROFISSÃO
A	F	71	Ensino Básico	Lisboa	Solteira	Costureira
B	M	68	Ensino Básico	Sintra	Viúvo	Carpinteiro
C	F	75	Ensino Básico	C.Rainha	Viúva	Agricultora
D	M	74	Ensino Básico	Castelo Branco	Viúvo	Pedreiro
E	F	70	Ensino Básico	Lisboa	Solteira	Emp. Balcão
F	M	69	Ensino Básico	Odivelas	Divorciado	Pintor
G	F	66	Ensino Universitário	C. Rainha	Viúva	Professora
H	F	78	Ensino Básico	Mem-Martins	Solteira	Emp. Limpeza
I	F	72	Ensino Básico	C.Rainha	Viúva	Emp. Fabril
J	M	68	Ensino Secundário	Santarém	Solteiro	Empresário
K	F	76	Ensino Básico	Lisboa	Divorciada	Doméstica
L	F	65	Ensino Secundário	C. Rainha	Viúva	Secretária

M	M	69	Ensino Universitário	C. Rainha	Viúva	Professora
N	F	71	Ensino Básico	Lisboa	Solteira	Doméstica
O	F	78	Ensino Básico	Aveiro	Divorciada	Emp. Balcão

4.1.2. –Percepções sobre o “eu” institucionalizado

A partir da entrevista semiestruturada e através da aplicação do Guião construído para a mesma, com base nas questões P1 (Pergunta 1), P2 (Pergunta 2), P3 (Pergunta 3), P4 (Pergunta 4), P5 (Pergunta 5), e P6 (Pergunta 6) podemos analisar o tema da institucionalização e da identidade individual, a partir das percepções dos participantes.

As questões colocadas pretenderam recolher informação sobre a percepção que as pessoas idosas institucionalizadas detêm sobre si e sobre o seu processo de institucionalização: a forma como se veem e sentem.

A institucionalização tem um peso muito grande na vida das pessoas mais velhas, uma vez que esta vem condicionar as rotinas e o estilo de vida que estas levaram a cabo durante a sua vida. Para melhor entendermos as transformações identitárias pelas quais as pessoas idosas institucionalizadas percecionam, nomeadamente, a importância que a Residência tem na vida dos participantes, analisamos agora a tabela 4.

Tabela 4 - Dados obtidos na pergunta 1 do Guião da Entrevista Semiestruturada

PERGUNTAS	Excertos das RESPOSTAS
Pergunta 1: <i>Que importância tem a residência na sua vida?</i>	“A”: “Nunca será a minha casa”.
	“B”: “Ajudou-me a ser uma pessoa mais feliz”
	“C”: “Não tem importância nenhuma. Não queria cá estar”.
	“D”: “Não sei”.
	“E”: “Uns dias importa muitos, outros só quero ir embora”
	“F”: “É uma pergunta muito difícil”.
	“G”: “Não sei o que lhe dizer.”
	“H”:
	“I”: “Importante, era a minha casa”

“J”: “Ainda não sei.”
“K”: “Sem ela, a vida era mais complicada”.
“L”: “ É importante nesta fase da vida”
“M”: “Tenho que a chamar de casa, agora”.
“N”: “É aqui que passo os meus dias, acaba por ter alguma importância”.
“O”: “É a minha segunda casa.”

Face aos dados obtidos na P1 podemos concluir que para alguns dos participantes, a Residência é a continuação da vida no seu lar, mas para outros, não é o, não se identificando com o local e quotidiano.

Procurou-se perceber os motivos que estiveram na origem da institucionalização, de quem foi a decisão e saber se previamente à entrada na ERPI viviam sozinhos ou acompanhados, como se detalha na Tabela 5.

Tabela 5-Dados obtidos na pergunta 2 do Guião da Entrevista Semiestruturada

<i>PERGUNTAS</i>	<i>Excertos das RESPOSTAS</i>
<i>Pergunta 2: Qual o motivo que o/a levou à institucionalização?</i>	“A”: “ Vivia sozinha, não tinha condições, um dia fui parar ao hospital [Amadora-Sintra](...) e noutra parece que vim para aqui”.
<i>Pergunta 2.1.: De quem foi a decisão da sua vinda para a Residência?</i>	“B”: “A minha esposa adoeceu, foi para o Hospital Amadora Sintra, acabou por falecer. Fiquei sozinho, nunca tivemos filhos, acabei por também cair e precisar de ajuda e lá o hospital, a assistente social mandou-me para aqui”.
<i>Pergunta 2.2.: Vivia sozinho/a ou com um familiar?</i>	“C”: “Até hoje, não sei porque vim para aqui”.
	“D”: “Vim com a minha mulher, há 5 anos. Ela faleceu há 2 meses”.
	“E”: “Tive uma queda na minha casa, do hospital Amadora Sintra, mandaram-me para aqui. Nunca mais voltei a casa”.

“F”: “Disseram-me que não tinha condições para ficar mais tempo sozinho. Cheguei de ambulância e aqui estou eu”.

“G”: “Fiquei viúva, ganhei uma depressão profunda, deixei de trabalhar muito nova (...) Não podia estar mais em casa da minha filha, era muito trabalho para ela.

“H”: “Eu escolhi vir para aqui. Não queria mais viver sozinha”.

“I”: “A idade é cada vez mais e as dificuldades também (...) o filho está no Canadá, não podia estar mais tempo só”.

“J”: “Tive um acidente de trabalho que me limita a locomoção. Inicialmente vim para recuperar mas estou a ver os dias a passar”.

“K”: “Tive internada no serviço de psiquiatria do Hospital Amadora Sintra, durante 9 meses e depois vim para aqui. Teno 4 filhas mas elas têm a vida delas”.

“L”: “Vim por autoria própria, com o meu marido. Ele faleceu o ano passado.”.

“M”: “O meu filho está em Macau e eu já não posso estar sozinha, cai na minha casa, fui para o hospital e mal tive alta, vim viver para aqui”.

“N”: “Lembro-me do primeiro dia que entrei aqui, já passaram 9 anos (...) Tive um AVC hemorrágico e a minha família não tinha capacidades para me manter em casa”.

“O”: “Fiz uma operação estética que correu muito mal e estou em lares há 18 anos, este já é o 3”.

Através da análise dos resultados da tabela 3, referentes às respostas obtidas na pergunta 2 e nas sub-questões à questão principal, aquando da aplicação do guião de entrevista semiestruturada, conseguimos perceber que existe um motivo dominante, no que concerne à ida para a instituição. A maioria dos participantes (utentes) deu entrada na

instituição por intermédio do meio hospitalar. Relacionando os dados da P1 com os da P2, podemos concluir que os participantes que foram institucionalizados por intermédio hospitalar, são os mesmos que não se identificam com a Residência, por diversos motivos e fatores internos /externos.

A partir das entrevistas, percebe-se que a maioria dos utentes residia na linha de Sintra e que a Instituição tem um acordo com o Hospital Doutor Fernando da Fonseca (HFF), também conhecido como Hospital Amadora Sintra, pelo que diversas situações clínicas levaram os participantes, anteriormente, a recorrer aos serviços hospitalares, por outras questões adversas e de contexto social, e que por meio dos serviços de ação social do Hospital, foram encaminhados para a Residência.

Primeiramente em regime de alojamento temporário, isto é, em camas de retaguarda hospitalar em ambiente de ERPI. Em alguns casos, surge a possibilidade de ficarem na mesma instituição, em outros, acabam por ir para outras respostas sociais. É de notar que o tempo de permanência na Residência (quando por intermédio hospitalar) é sempre incógnito, podendo ser dias, semanas ou meses.

Tais factos foram apurados através das entrevistas semiestruturadas com os participantes “A”, “B”, “C”, “E”, “F”, “J” e “K”, tendo todos vindo para a Instituição por intermédio do HFF.

Os participantes “G”, “I”, “M” e “N”, entraram para a Instituição por meio de decisão familiar. Já a participante O veio por intermédio dos Serviços de Ação Social, tendo em conta que o processou passou por uma mudança de Instituição a nível da Segurança Social e dos protocolos inerentes.

É de salientar ainda os participantes que decidiram por sua livre e espontânea vontade ir para a Instituição – participantes “D”, “H” e “L”. Os participantes “D” e “L”, tomaram a decisão da sua institucionalização em conjunto com os seus conjugues que acabaram por falecer, tendo os participantes do estudo passado por um processo de luto dentro da Instituição. Já a participante “D”, referiu que a decisão da sua instituição s e deveu, ao facto de já não querer mais viver sozinha, tendo reforçado *“a idade já é alguma e vivendo sozinha desde sempre, temos que ter noção que chega a uma altura em que já não conseguimos fazer tudo (...) decidi vir enquanto ainda estava capaz, assim vou vendo e vou-me preparando”*.

O motivo apresentado pela participante “D”, vai ao encontro do exposto por Pimentel (2005), quando refere que a forma como a pessoa idosa se vê, se percebe e se autoavalia, em termos de saúde e a atitude como encara o envelhecimento são cruciais para o bem-estar da pessoa idosa.

As questões da pergunta número 3, do guião de entrevista semiestruturada, como se pode analisar através da tabela 6, dizem respeito à forma como as pessoas idosas percebem a sua adaptação na Instituição, a importância que esta exerce sobre eles e das oportunidades de escolha que existiram ou não durante este processo.

Tabela 6- Dados obtidos na pergunta 3 do Guião da Entrevista Semiestruturada

PERGUNTAS	Excertos das RESPOSTAS
Pergunta 3: <i>Como tem sido a sua adaptação na Residência?</i>	“A”: “ Não é bom, nem mau. Não é a minha casa, mas tratam-me bem (...) Não, eu não conhecia nada, conheci tudo depois (...) estou aqui há 3 anos”.
<i>Pergunta 3.1.: Antes de vir definitivamente para a Residência, teve oportunidade de visitar as instalações e de ser apresentada aos elementos da equipa e aos restantes residentes?</i>	“B”: “ corrido dentro do possível (...) aqui há muitas regras (...) vim para aqui há 6 anos, não conhecia nada”. “C”: “Não gosto de estar aqui (...) Estou aqui presa há 1 anos e 75 dias” “D”: “Aqui há dias complicados, não é como na nossa casa (...) estou aqui há 5 anos, já passei muito aqui”.
<i>Pergunta 3.2.: Há quanto tempo o reside na Instituição?</i>	“E”: “Eu gosto de estar aqui tratam-me bem (...) Estou aqui há 2 anos”. “F”: “Sinto-me sozinho aqui, passo muitos dias no quarto (...) Não, não conheci nada, cheguei de ambulância e fiquei logo 15 dias sozinho, nem sabia o nome das pessoas (...) Estou aqui, acho que há quase 2 anos”. “G”: “Para mim, o lar é a minha família, já aqui estou há 6 anos”. “H”: “Vim pelo meu próprio pé, ver a casa e conhecer a senhora Diretora (...) sinto-me bem e por isso estou já vai fazer 4 anos”. “I”: “O meu filho tratou de tudo e no dia veio-me deixar aqui (...) Acho que já fez um ano”.

“J”: “Cheguei de ambulância, não houve tempo para isso (...) vejo este sítio como um hospital não como uma casa (...) Já faz 3 anos para o Magusto”.

“K”: “Quando vim para aqui, não vinha nada bem, estava muito descompensada (...) Tenho dias felizes aqui mas também me sinto muito triste, já aqui estou há 9 anos”.

“L”: “Viemos ver as instalações na altura (...) Gostamos logo (...) Já passaram 4 anos”.

“M”: “O meu filho tratou de tudo por chamada telefónica e eu vim diretamente do hospital, conheci todas as pessoas depois de chegar (...) já vai fazer 4 anos”.

“N”: “Os meus filhos trataram de tudo e pediram-me sempre opinião (..) Gosto de estar aqui, por alguma razão estou aqui há 9 anos”.

“O”: “Aqui, sou bem tratada, gosto de toda a gente. Cuidam de mim e do meu problema (...) Estou aqui há 2 anos”.

Ao observarmos os dados da tabela 6, conseguimos apurar que a média de anos de institucionalização na Residência é de 4 anos. No entanto, salientamos a participante O que se encontra na Residência há 2 anos, mas está institucionalizada há 18 anos, sendo a Residência Lótus a terceira ERPI que frequenta.

Relacionando a questão número 2 com a questão número 3, podemos concluir que os participantes que deram entrada por meio hospitalar não tiveram oportunidade de conhecer previamente a Instituição, nem tomar qualquer decisão acerca do seu processo de institucionalização.

Os participantes “L” e “H”, tiveram oportunidade prévia e decisão própria quanto à entrada na Instituição, referindo que conheceram antecipadamente a equipa técnica, as instalações da Instituição e os seus serviços. O participante “D”, reforçou ainda que *“Tomarmos a decisão de deixarmos a casa onde vivemos a nossa vida toda e para a qual trabalhamos uma vida inteira, não é fácil (...) Antes de eu e a minha mulher virmos para cá, visitámos o lar umas três vezes, tínhamos muitas dúvidas, mas era preciso darmos este passo”*.

Relativamente aos aspetos sobre a autonomia, a institucionalização acarreta questões e desafios tanto para as pessoas idosas como para a comunidade onde está inserido. Os participantes referem algumas dificuldades ao nível da autonomia e da funcionalidade. Para uma melhor análise, observemos agora a tabela 7, referente às questões da pergunta número 4 do Guião de Entrevista Semiestruturada:

Tabela 7 - Dados obtidos na pergunta 4 do Guião da Entrevista Semiestruturada

PERGUNTAS	Excertos das RESPOSTAS
<i>Pergunta 4: Tem dificuldade em ser autónomo/a no seu dia-a-dia na Residência?</i>	<p>“A”: “Preciso de ajuda para tomar banho e vestir, o resto faço bem (...) É tudo bom, dentro do possível (...) Graças a Deus, damo-nos muito bem (...) Sim, sim, tenho algumas coisas”.</p>
<i>Pergunta 4.1.: Como se sente ao ter que partilhar o seu quarto com outro/a companheiro/a? Como é a sua relação com o/a seu/sua companheiro/a?</i>	<p>“B”: “Infelizmente, preciso de ajuda para tudo (...) Falta muita coisa principalmente a nível de conforto mas não chega para tudo e isso não era o principal a mudar (...) Neste momento, estou num quarto sozinho (...) Atualmente, nada por opção própria”.</p>
<i>Pergunta 4.2.: É-lhe permitido ter objetos pessoais no quarto? Que já eram de sua pertença no passado?</i>	<p>“C”: “Tudo aqui é mau. Nem sei por onde começar (...) Não nos damos nada bem, não me deixa ver televisão, nem ver o terço de manhã”</p> <p>“D”: “Gostava de ter mais acesso ao exterior, com mais condições e segurança (...) Sim, tenho algumas fotos e puzzles que gosto de ir fazendo”.</p> <p>“E”: “Apesar de haverem algumas falhas, em casa não conseguia estar, preciso de ajuda para quase tudo (...) Damo-nos muito bem, desde o primeiro dia”</p> <p>“F”: “Isso é o que mais me revolta, precisar de ajuda para tudo e depois nunca chegam na hora que chamo (...) O meu colega de quarto, não fala, só come e dorme, estou completamente sozinho (...) Não tenho nada meu aqui, na verdade, nem sei onde estão as minhas coisas”.</p> <p>“G”: “Faltam trabalhadores aqui, há muito trabalho (...) Estou sozinha num quarto e por enquanto, gosto de estar</p>

assim mas também sei que é por pouco tempo (...) Sim, tenho muitas coisas minhas aqui que vou pedindo à minha filha para me trazer”.

“H”: “Tenho notado aqui algumas coisas menos boas, mas no fundo, nada nos falta (...) Pago por um quarto individual, estimo a minha independência e integridade física. Ainda não preciso de ajuda, faço tudo sozinha”.

“I”: “Às vezes, noto que algumas coisas não funcionam bem e demoram a arranjar solução, normalmente, ligo ao meu filho e fica resolvido mais rapidamente (...) Estou num quarto individual por opção própria, quer dizer, do meu filho (...) Sim, tenho alguns objetos pessoais de antigamente e guardo também recordações que o meu filho me vai enviando”.

“J”: “Dependo das meninas auxiliares para tudo menos para comer (...) Falta fisioterapia que me prometeram, falta a cama articulada com umas ‘coisas próprias’(...) Não tenho colega de quarto, ainda bem por um lado mas por outro até gostava de ter companhia (...) Não tenho aqui nada”.

“K”: “Faço tudo sozinha, até a limpeza do meu quarto (...) Tenho tudo no quarto, tudo o que quero a Doutora deixa-me ter (...) Agora tenho uma colega de quarto muito calma, também tem que ser senão eu não consigo dormir”.

“L”: “Nunca será igual à minha casa mas já criei aqui muitas memórias (...) Foi a última casa do meu marido, agora sobre eu”.

“M”: “Não sinto que falte nada aqui, só sinto falta de não ser a minha casa, nunca vai ser igual (...) Estou num quarto com mais duas senhoras e damo-nos bem, cada uma tem a sua cómoda com as suas coisinhas”.

“N”: “Não tenho nada a reclamar, aqui é tudo bom (...) Não gosto muito da minha colega de quarto mas também só estou no quarto quando vou para a cama”.

“O”: “Preciso de ajuda para tudo, menos para comer (...) A minha colega de quarto é muito querida e gostamos de ver os meus programas na televisão (...) Não tenho nada pessoal aqui”.

Tendo em conta os dados obtidos com as respostas às questões acima mencionadas na tabela 7 e nas sub-questões adjacentes à questão principal, podemos retirar dados relacionados com perceção que a pessoa idosa institucionalizada tem sobre a sua autonomia e funcionalidade na Residência.

Segundo os dados apurados, a maioria dos participantes do estudo (“A”, “B”, “C”, “E”, “G”, “I”, “J”, “M”, “N”, “O”, referem que necessitam de cuidados para a realização das AVD, nomeadamente ao nível dos cuidados de higiene e conforto, auxílio parcial/total para vestir/despir, nos cuidados na alimentação (preparação das refeições e em alguns casos, auxílio no corte dos alimentos).

No entanto, os participantes “B”, “F” e “O” referiram que necessitam de ajuda total, mais acentuada ao nível da higiene e conforto, vestir/despedir em comparação com os participantes “C”, “E” e “M”.

Os participantes “D”, “F”, “H”, “K” e “L” são autónomos quanto às AVD. não necessitando assim, de ajuda para a realização dos mesmos. Alguns participantes referiram que precisam, por vezes, de uma supervisão. A participante “F” referiu: *“Por vezes, tenho dificuldade em apertar o sutien e tenho que chamar ajuda, mas para já são só essas pequenas coisas”*.

Ao nível da qualidade dos serviços prestados em comparação com a oferta dos serviços, alguns participam reforçam a importância de melhorias ao nível do espaço bem como lacunas ao nível dos recursos humanos, o que muitas das vezes se traduz em escassez na rapidez de resposta que os utentes esperavam.

Apesar dos participantes, com mais evidência no sexo feminino, referirem que a Residência não é igual à sua casa, reforçam a importância de ter objetos pessoais, em alguns casos objetos que passam de geração em geração. Pois o facto de ser permitido ter

objetos pessoais já adquiridos anteriormente, proporciona a proximidade com a sua casa, dentro da instituição, o que se torna um fio condutor para uma boa integração e criação de sentimento de comunidade e de pertença naquele espaço.

No que concerne, à partilha do quarto, podemos verificar que existe uma discrepância nas respostas apuradas. No caso da participante “C”, esta afirma que “*Não nos damos nada bem, não me deixa ver televisão nem o terço de manhã*”, o que revela o descontentamento da mesma para com o ambiente em que está inserida. Por outro lado, analisando a participante “N”, que também não se identifica com a colega de quarto – “*não gosto muito da minha colega de quarto mas também só estou no quarto quando vou para a cama*”, o que revela aqui uma capacidade de gestão emocional e de gestão de conflitos, o que não invalida a criação de problemas futuros ao nível das relações intrapessoais e da forma de estar no meio envolvendo, podendo desencadear crises de identidade.

Segundo Jacob (2007), as rotinas institucionais promoviam a perda de autoestima, o aumento do número de depressões, a dependência em massa, comportamentos automáticos e disruptivos, a perda de interesses pelo mundo em geral, conduzindo comportamentos persecutórios e conseqüentemente, perda de qualidade de vida.

Na mesma linha de pensamento e de acordo com as questões e sub-questões da pergunta 5, referente ao Guião de Entrevista Semiestruturada, analisemos a Tabela 8:

Tabela 8 - Dados obtidos na pergunta 5 do Guião da Entrevista Semiestruturada

PERGUNTAS	Excertos das RESPOSTAS
<i>Pergunta 5: Sente que respeitam a sua privacidade, intimidade, integridade, individualidade e independência, na Residência?</i>	<p>“A”: “Por vezes, deixam a porta da casa de banho aberta, é um sentimento de impotência (...) De manhã não é fácil o trabalho por aqui”.</p> <p>“B”: “De manhã, e tudo a despachar. Não podemos sequer escolher a que horas nos queremos levantar. Escolhem tudo por nós”.</p> <p>“C”: “Volto a dizer-lhe, aqui é tudo mau”.</p>
<i>Pergunta 5.1.: O que pensa dos valores da Residência?</i>	<p>“D”: “Não diria que interferem com a minha privacidade, mas aqui não sou independente, nem me deixariam ser”.</p> <p>“E”: “Num sítio destes não é possível ser independente, escolhem tudo por nós”.</p>

Pergunta 5.3.: De que forma é organizada a parte da manhã do seu dia? Como ocorrem os levantes, as higiênes e o pequeno-almoço?

Pergunta 5.4.: Tem poder de escolha e/ou decisão de alguma dessas atividades da vida diária?

“F”: “Dou por mim muitas vezes a pensar que desde o dia em que aqui cheguei, nunca mais tive poder de decisão, nem na camisola que vou vestir, quanto mais na comida que vou comer”.

“G”: “Isso é a grande falha, a privacidade e a intimidade. Há algumas auxiliares que preferem estar a mexer no telemóvel enquanto dão banhos do que falarem com os utentes, eu vejo”.

“H”: “Não sinto isso na pele, mas ouve-se bastante nos corredores [que existem lacunas na privacidade] (...) as pessoas só sentem as coisas na pele, quando passam por elas. (...) As manhãs são para esquecer”.

“I”: “Não é fácil viver em comunidade”.

“J”: “As manhãs são muito confusas, ouve-se muito barulho, mesmo que goste de dormir até mais tarde não se consegue (...) a gestão é muito complicada, há regras para tudo”.

“K”: “Apesar de fazer tudo sozinha tenho regras a cumprir (...) Não é tudo como eu quero, mas gostava”.

“L”: “Ainda faço tudo sozinha, no dia em que precisar de ajuda, espero conseguir pedir (...) O almoço é o período em que mais me enervo, não gosto muito da comida”.

“M”: “A pior altura do dia, são as manhãs. Não é nada fácil partilhar rotinas, cada pessoa tem os seus hábitos e isso vai-se perdendo. Temos horários para tudo e temos que cumprir”

“N”: “Gosto de ser logo das primeiras a acordar, assim é tudo com tempo (...) Quanto mais tarde mais pressa têm em fazer o trabalho”.

“O”: “O trabalho é muito e não conseguem colocar-se no lugar do outro, a maioria das vezes (...) Aqui as regras só funcionam para nós [utentes]”.

Depois de analisada a tabela e de acordo com a informação recolhida aquando da aplicação da Entrevista Semiestruturada, foi possível identificar algumas lacunas relacionadas com a privacidade das pessoas idosas institucionalizadas, estritamente ligadas às rotinas institucionais.

Pimentel (2001) afirma que a maioria das ERPI não têm em consideração os desejos e motivações dos utentes, atendendo apenas a necessidades fisiológicas.

Alguns dos participantes, mencionaram que o período da manhã – período compreendido para a realização de higiene, cuidados de conforto, vestir/despir, cuidados na alimentação (pequenos-almoços) e medicação-, é o período mais complexo e azafamo do dia, onde muitas das vezes o tempo de resposta aos pedidos solicitados pelos utentes ultrapassa o tempo limite desejado pelos utentes.

Tais aspetos são mencionados pelos participantes “A”, “B”, “F”, “M”, “N” e “O”. Ainda de salientar, que alguns participantes reforçam a falta de oportunidade de escolha de roupa a utilizar no dia-a-dia, bem como manifestam o descontentamento de não poderem gerir o seu tempo nas tarefas que gostam de desempenhar, no seu ritmo, por falta de tempo das auxiliares. Tal situação, acaba por gerar conflitos e desencadear comportamentos disruptivos e situações de stress nas pessoas idosas.

Aspetos destacado por Paúl e Fonseca (2005) quando identificam alguns cuidados a ter para a promoção de um envelhecimento ativo, nomeadamente, o apoio prestado pelas redes sociais, como um dado essencial para garantir a autonomia, a autoavaliação positiva, a saúde mental e a realização pessoal das pessoas.

Com base nos dados obtidos até então, podemos apontar algumas das características dos participantes. Sabe-se que a maioria dos participantes em estudo, foram institucionalizados por intermédio do hospital ou por decisão familiar. Os participantes em estudo, entendem a institucionalização como um processo inerente ao processo de envelhecimento, mas com bastantes limitações ao nível pessoal: falta de autonomia, ausência de poder de decisão, sentimento de liberdade escasso, entre outros.

4.1.3. – Percepções sobre o “eu” e os “outros”

A partir da entrevista semiestruturada e com a aplicação do guião da mesma, as questões P6 (Pergunta 6), P7 (Pergunta 7), P8 (Pergunta 8), P9 (Pergunta 9) e P10 (Pergunta 10) referem-se à percepção dos entrevistados sobre questões da sua identidade social e as relações interpessoais na comunidade institucional: a forma como se relacionam com a comunidade institucional, o meio em que estão inseridos, o seu bem-estar e qualidade de vida na instituição, como se documenta na Tabela 9

Tabela 9- Dados obtidos na pergunta 6 do Guião da Entrevista Semiestruturada

PERGUNTAS	Excertos das RESPOSTAS
Pergunta 6: <i>Consegue fazer a sua vida quotidiana e manter o seu bem estar na Residência?</i>	“A”: “Tem dias”.
	“B”: “De um modo geral, sim”.
	“C”: “Isso só é possível na nossa casa”.
	“D”: “É muito difícil”.
	“E”: “Tento”.
	“F”: “Não sei”.
	“G”: “Eu considero que sim, apesar de todas as dificuldades”.
	“H”: “Quero acreditar que ainda me sinto bem”.
	“I”: “Já estive mais perto”.
	“J”: “Eu acho que sim”.
	“K”: “Não sei responder, há momento que sim, outros nem tanto”.
	“L”: “Nem sempre é fácil, estamos dependentes dos outros para muitas coisas”.
	“M”: “Há dias mais difíceis mas não perco a esperança”
	“N”: “Na medida do possível”.
	“O”: Gostava de dizer que sim”.

Após a análise das respostas obtidas na pergunta número 6 do Guião de Entrevista Semiestruturada, conseguimos apurar que a maioria dos participantes tem dificuldade em fazer a sua vida quotidiana na Residência. Tal facto, pode ser associado a sentimentos de

pertença e de dificuldade em aceitar mudanças e novas rotinas apesar de poderem não demonstrar isso no seu cotidiano.

É notória uma diferença entre as atitudes dos participantes, por exemplo, os participantes “B”, “G”, “M” e “N”, mostram uma predisposição e força de vontade, através de pensamentos positivos e de avaliações da comunidade em várias perspectivas (o “eu” utente e o “eu” trabalhador).

Por outro lado, os participantes “C”, “D” e “O” demonstram o seu descontentamento e pouca predisposição em contrariar esses sentimentos através da criação e implementação de estratégias, o que pode, em muitas situações, dificultar as relações sociais dentro da comunidade institucional.

Ainda acerca das relações sociais, vamos agora analisar as questões da pergunta 7, do Guião de Entrevista Semiestruturada, que abordam temáticas relacionadas com a família, vizinhos e significativos e a relação que mantém com os mesmos após a institucionalização, como se apresenta na Tabela 10.

Tabela 10 - Dados obtidos na pergunta 7 do Guião da Entrevista Semiestruturada

<i>PERGUNTAS</i>	<i>Excertos das RESPOSTAS</i>
<p>Pergunta 7: <i>A sua família, amigos, vizinhos e pessoas significativas costumam visitá-lo(a)?</i></p> <p>Pergunta 7.1.: <i>Qual é a frequência com que ocorrem essas visitas?</i></p>	“A”: “Não costumo ter visitas”.
	“B”: “Não tenho ninguém”.
	“C”: “Sim, os meus filhos veem cá todas as semanas”.
	“D”: “Os meus filhos veem ca todos os dias”.
	“E”: “Tenho a visita dos meus sobrinhos todos os meses”.
	“F”: “Não tenho visitas, não tenho família”.
	“G”: “As minhas filhas quando lhes dá jeito, costumam vir cá”.
	“H”: “Tenho a visita da minha família várias vezes”.
	“I”: “Visitas não tenho mas faço videochamada com o meu filho que está no Canadá, todas as semanas”.
	“J”: “Tenho a visita dos meus filhos semanalmente”.
	“K”: “Tenho a visita das minhas filhas de 3 em 3 meses”.
	“L”: “Atualmente, tenho visita de uma filha e de um casal amigo”.

“M”: “Todas as quintas feiras tenho videochamada com o meu filho que está em Macau”

“N”: “ Não falham nem uma semana, os meus filhos e os meus netos veem cá ver-me sempre”.

“O”: “Tenho a visita da minha sobrinha, todos os meses”.

Tendo em conta os dados obtidos, podemos afirmar que a maioria dos participantes tem visitas e/ou mantém contacto com os familiares através de recursos tecnológicos, como é o caso das videochamadas realizadas pelos participantes “I” e “M”.

Já os participantes “C”, “J” e “N” recebem visitas semanalmente. Apenas o participante “D” recebe visitas diárias, dos seus filhos.

Os participantes “E”, “G”, “H”, “L”, “O” recebem visitas mensais ou ocasionais, com alguma frequência. No caso da participante “K”, esta recebe visita das filhas de 3 em 3 meses. A outra realidade recai sobre os participantes “A”, “B”, “F”, que não têm visitas devido a uma rede de suporte familiar escassa ou inexistente.

No campo das relações interpessoais, questionou-se sobre a forma como as pessoas são vistas/pensadas pelos outros ao seu redor e no meio comunitário em que se inserem e sobre a relação que mantêm, com a equipa técnica, colaboradores e residentes da Residência, como se apresenta na Tabela 11.

Tabela 11- Dados obtidos na pergunta 8 do Guião da Entrevista Semiestruturada

PERGUNTAS	Excertos das RESPOSTAS
<i>Pergunta 8: Como avalia a sua relação com os restantes residentes da Residência?</i>	“A”: “Dou-me bem com todos mas não considero que tenha amigos aqui (...) Todos estamos aqui com um propósito e no final é tudo igual”.
<i>Pergunta 8.1.: Como vê essa relação?</i>	“B”: “Aqui somos colegas, como se voltássemos à escola”.
	“C”: “Aqui não há amizades, estamos aqui para morrer”.
	“D”: “É muito difícil criar laços aqui, não há espaço para isso”.

Pergunta 8.2.: Considera que tem amigos/as na Residência?

“E”: “Há pessoas com quem me identifico mais mas de modo geral, dou-me bem com todos”.

“F”: “Gosto de toda a gente, todos me tratam bem.”.

Pergunta 8.3.: Sente-se apoiado/a, na Residência?

“G”: “Aqui não há amigos mas há boas pessoas e pessoas que nos querem bem.”.

“H”: “Tenho aqui pessoas com quem posso contar”.

“I”: “Sinto que há pessoas boas aqui”.

“J”: “Tenho colegas com quem passo mais tempo e esses considero meus amigos”.

“K”: “Aqui, não é fácil criar muita empatia, cada um está na sua vida”.

“L”: “Dou-me melhor com meia dúzia de pessoa mas não somos amigos, somos quase colegas de casa”.

“M”: “Não são amigos, são pessoas que aprendemos a lidar e que já conhecemos numa fase da vida onde não queremos chatices”

“N”: “Sinto-me bem ao pé de todos, acho que isso é bom”.

“O”: “Se a resposta fosse sim, ficaria feliz”.

Das respostas obtidas, consideramos que a maioria dos participantes tem dificuldade em criar/estabelecer contactos de proximidade com os restantes residentes na instituição. Muitas destas situações prendem-se pela falta de comunicação, de motivação e de integração por parte dos Técnicos que não promovem a partilha, o convívio e as relações na comunidade institucional.

Com base na perspetiva de Cardão (2009) a entrada numa instituição acarreta para a pessoa idosa, desconforto, desconfiança e angústia – sentimentos provocados pelo sentimento e ação de mudança; o confronto direto com esta mudança promove o aparecimento de medos: medo dos maus tratos, do desrespeito pela integridade física e psicológica, o abandono familiar, das novas rotinas, dos novos companheiros, a partilha dos espaços comuns e na maioria das vezes do quarto, e, conseqüentemente a liberdade (Cardão, 2009).

As relações na comunidade tornam-se então facilitadoras e promotoras de bem-estar coletivo, subjetivo e pessoal, promovendo assim o sentimento de comunidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

De acordo e seguindo esta linha de pensamento, observemos a Tabela 12, que diz respeito às questões inerentes à pergunta 9 do Guião de Entrevista Semiestruturada – relação com os colaboradores da Residência Lótus.

Tabela 12 - Dados obtidos na pergunta 9 do Guião da Entrevista Semiestruturada

<i>PERGUNTAS</i>	<i>Excertos das RESPOSTAS</i>
<p>Pergunta 9: <i>Como é a sua relação com os funcionários/equipa técnica do lar?</i></p> <p><i>Pergunta 9.1.: Como vê essa relação?</i></p> <p><i>Pergunta 9.2.: Há algum elemento que lhe transmita mais segurança ou que desempenhe um papel mais importante na sua vida?</i></p>	<p>“A”: “Não me dou com algumas”.</p>
	<p>“B”: “Dou-me melhor com as mais velhas, não fogem às regras da casa”.</p>
	<p>“C”: “Algumas têm a mania que são espertas”.</p>
	<p>“D”: “Gosto de todas, são todas boas”.</p>
	<p>“E”: “Umas encostam-se mais mas tratam-me todas bem”.</p>
	<p>“F”: “Dou bem com toda a gente”.</p>
	<p>“G”: “Não aceito a cama feita por qualquer empregada”.</p>
	<p>“H”: “Não gosto dos cuidados de algumas pessoas”.</p>
	<p>“I”: “A pessoa X nunca me mete creme”.</p>
	<p>“J”: “São umas jóias, todas”.</p>
	<p>“K”: “Não aceito pessoas de cor”.</p>
	<p>“L”: “Dou-me bem com todos (...) Ajudo a cozinheira a levantar os pratos”.</p>
	<p>“M”: “Tenho algum receio de ser atendida por algumas pessoas, devido ao tom de voz que utilizam”</p>
<p>“N”: “Desde que sejam educadas, por mim, está tudo bem”.</p>	
<p>“O”: “Não gosto de algumas pessoas”.</p>	

As relações com a Equipa Técnica e com a Equipa de Auxiliares de Ação Médica, bem como com a comunidade Institucional em geral, desde os funcionários de Serviços de Limpeza à Diretora Técnica, são essenciais para o bom ambiente coletivo e consequente

desenvolvimento da comunidade em prol de uma satisfação com o utente e promoção de um envelhecimento cuidado e bem-sucedido.

Como se tem vindo a vincular ao longo do presente estudo, a institucionalização acarreta mudanças nas pessoas idosas, na forma como se veem como são vistas e como acham que a sociedade as vê (ou passou a ver). Tais pensamentos, traduzem-se em medos e inseguranças pelo que, deve ser a Instituição a promover medidas e estratégias de integração, mediação e conforto entre a equipa e os residentes.

Foi possível apurar que alguns dos participantes têm conflitos com alguns elementos da equipa de auxiliares e ainda, que têm colaboradores com quem não se relacionam, outros por quem não permitem ser cuidados pela sua etnia, sexo, cor, nacionalidade e/ou orientação sexual.

Relativamente à opinião que as pessoas idosas institucionalizadas têm sobre as atividades socio ocupacionais dinamizadas na Residência, procurou-se perceber o seu envolvimento nas mesmas (Tabela 13). As atividades socio ocupacionais e de lazer, têm uma conotação importante no dia a dia das pessoas idosas institucionalizadas, uma vez que, são elas que contribuem e estimulam as pessoas idosas em diversos domínios: cognitivo, sensorial, motor, físico; conferindo-lhes autonomia, funcionalidade, aumentando a autoestima e o nível de qualidade de vida e diminuindo o tempo ócio, risco de depressão, diminuição do isolamento social e diminuição dos pensamentos persecutórios.

Tabela 13- Dados obtidos na pergunta 10 do Guião da Entrevista Semiestruturada

<i>PERGUNTAS</i>	<i>Excertos das RESPOSTAS</i>
<i>Pergunta 10: Qual a sua opinião acerca das atividades socio ocupacionais que a Residência dispõe?</i>	“A”: “São muito poucas”.
	“B”: “Fracas ou quase nenhuma (...) Nunca participo”.
	“C”: “Isso já não é para mim”.
	“D”: “Há dias em que só vemos televisão”.
	“E”: “Trabalham sempre com os mesmos utentes”.
<i>Pergunta 10.1.: Participa nas atividades de Animação?</i>	“F”: “Acho que deviam haver mais pessoas nessa área”.
	“G”: “Gostaria de fazer atividades de leitura, de mexer no computador”.
	“H”: “Gosto de fazer atividades com números”.

<i>Pergunta 10.2.: Se não, o que gostaria de fazer?</i>	<p>“I”: “Já fizemos mais coisas”.</p> <p>“J”: “Gostava mais da outra Animadora”.</p> <p>“K”: “Gosto quando é cinema e quando jogamos loto”.</p>
<i>Pergunta 10.3: Se sim, o que costumam fazer? O que gosta mais? E menos?</i>	<p>“L”: “Sempre que solicitam a minha presença, estou disponível”</p> <p>“M”: “Gosto de participar na ginástica, quando há”</p> <p>“N”: “Tenho saudades de ouvir música, sinto falta e podíamos fazer muitas coisas com música. Antigamente fazemos”.</p> <p>“O”: Eu nunca participo, não tenho paciência”.</p>

Os dados da Tabela 13, informam-nos que a maioria dos participantes não está contente com as atividades de animação que a Residência oferece, referindo que as atividades são escassas, repetitivas e pouco alusivas e interessantes.

Alguns participantes, como é o caso do participante “J”, faz ainda referência à preferência que tinha pela antiga Animadora Sociocultural da Instituição, acrescentando ainda *“Tinha mais vontade de participar quando era a outra, as coisas eram mais fáceis”*. Por outro lado, as participantes, “G” e “H”, referem *“Nunca tínhamos feito coisas tão giras”*; *“Esta rapariga tem uma imaginação (...) de um papelito, ela faz uma obra de arte”*.

Analisando a resposta dos participantes “G” e “H”, à questão e sub-questões da P10, verifica-se uma opinião muito positiva sobre a Técnica de Animação fazendo referência à sua criatividade, originalidade e escolha de atividades. No entanto, uma grande parte dos participantes do estudo referem uma grande escassez no que diz respeito ao plano de atividades da instituição e desenvolvimento das mesmas, bem como a uma preferência pela Técnica anterior, o que vem condicionar, em parte, as relações que a Técnica atual possa criar.

4.1.4. – A cultura e a espiritualidade no quotidiano das pessoas idosas institucionalizadas

A partir da entrevista semiestruturada e com base no guião da mesma, as questões P11 (Pergunta 11) e P12 (Pergunta 12), refletem acerca das questões culturais,

designadamente sobre “as percepções que os participantes têm sobre os seus valores culturais, morais e espirituais durante o seu processo de institucionalização. Procurando perceber da continuidade, ou não, desses valores a partir da institucionalização, como se detalha na Tabela 14.

Tabela 14- Dados obtidos na pergunta 11 do Guião da Entrevista Semiestruturada

<i>PERGUNTAS</i>	<i>Excertos das RESPOSTAS</i>	
<i>Pergunta 11: Consegue preservar e manter os seus hábitos, valores, costumes e tradições que realizou ao longo da sua vida?</i>	“A”: “É difícil conservar todos mas vou mantendo alguns”.	
	“B”: “Os que me são possíveis, sim”.	
	“C”: “Quem me dera”.	
	“D”: “É muito difícil”.	
	“E”: “Tento”.	
	“F”: “Vou rezando, tenho muita fé”.	
	<i>Pergunta 11.1.: Se sim, quais? E com que frequência?</i>	“G”: “Peço a Deus para me levar sem dor”.
		“H”: “É difícil com tantas regras aqui”.
		“I”: “Nem sempre é fácil mas os valores morais estão cá”.
		“J”: “A partir do momento em que não comemos carne de porco porque a gerência não nos deixa, a nossa parte cultural deixa de fazer sentido”.
“K”: “Não sei o que lhe diga”.		
“L”: “Gosto de rezar o terço todos os dias, sou fiel à minha fé”.		
“M”: “Há tradições que nunca mais consegui cumprir, como ir a Fátima”		
“N”: “ Tento não perder a minha cultura e a minha fé”.		
“O”: Viver num Lar Muçulmano, não é o lugar ideal para manter hábitos, costumes e valores”.		

Analisado os dados obtidos com as respostas às questões acima mencionadas na tabela 14 e nas sub-questões adjacentes à pergunta 11 que incidem na possibilidade que as pessoas idosas exercem sobre a manutenção dos seus valores, hábitos, costumes e tradições construídas e levadas a cabo durante toda a sua vida, podemos afirmar que na

globalidade dos participantes (15), sentem alguma dificuldade e/ou barreira imposta pelas regras de funcionamento da Instituição.

Os participantes mencionam questões inerentes à alimentação - ementa escassa de nutrientes e a retirada da carne de porco na alimentação dos residentes por motivos culturais da Gerência da Instituição.

No aspecto religioso, a maioria dos participantes evidencia a possibilidade e vontade do exercício dos seus hábitos e práticas religiosas, no entanto, alguns participantes descuram as questões espirituais.

Para uma melhor clarificação da percepção que as pessoas idosas institucionalizadas na Residência Lótus têm acerca da manutenção dos seus valores, hábitos, costumes e tradições e da forma como a institucionalização condiciona a manutenção dos mesmos, surge a pergunta 12, e última do Guião de Entrevista Semiestruturada - A entrada para a Residência condicionou de alguma forma esses hábitos, valores, costumes e tradições?

Tabela 15- Dados obtidos na pergunta 12 do Guião da Entrevista Semiestruturada

<i>PERGUNTAS</i>	<i>Excertos das RESPOSTAS</i>	
<i>Pergunta 12: A entrada para a Residência condicionou de alguma forma esses hábitos, valores, costumes e tradições?</i>	"A": "Claro".	
	"B": "De um modo geral, sim".	
	"C": "Nem é pergunta que se faça.".	
	"D": "Sim".	
	"E": "Claro que sim".	
	"F": "Não sei".	
	<i>Pergunta 12.1.: Se sim, em que medida? E porquê?</i>	"G": "Muitos deles sim".
		"H": "O que mais me custa é perder a minha essência".
		"I": "Claro que sim".
		"J": "Eu acho que sim".
		"K": "Muito".
		"L": "Muito e, com a morte do meu marido mais ainda".
		"M": "Totalmente".
		"N": "Sim".
		"O": "Sem sombra de dúvida".

A maioria dos participantes considera que a entrada para a Residência veio condicionar os seus hábitos de vida, a forma como viviam a sua vida, as suas tradições e principalmente a forma como ocupavam o seu dia-a-dia.

A participante “G”, referiu que *“O que me custa mais é passar o Natal e os meus anos aqui (...) Costumava fazer sempre uma festa com toda a minha família e amigos”*.

Já a participante “L”, explicou *“Com a vinda para aqui, de forma livre e consciente, já muita coisa tinha mudado (...) mas com a partida do meu marido, acho que já muitas coisas não fazem sentido”* -, fazendo referência à comemoração de épocas festivas e datas comemorativas.

A participante “H”, demonstrou preocupações ao nível da qualidade de vida e do seu estado de saúde, para além de referir *“O que mais me custa é perder a minha essência”*, a participante aditou ainda *“Sempre tive uma vida ativa, gostava muito de ir à Feira do Livro, por exemplo (...) e à Feira da Ladra também (...) tento manter a minha cabeça ocupada aqui, mas há dias difíceis e de muita solidão”*.

Pelo exposto, fica claro que alguns hábitos culturais e práticas religiosas sofreram algumas alterações após a institucionalização, não que a causa seja da Instituição onde se encontram, mas de vários fatores decorrentes da sua saúde e do seu propósito de vida no momento.

4.2. – Análise e Discussão dos Dados

Após a apresentação dos resultados, procedemos agora à resposta à questão de partida - Qual o papel da institucionalização na transformação identitária das pessoas idosas da Residência Lótus? - e objetivos de investigação.

De um modo geral, os idosos mostram-se com receio em três aspetos particulares, designadamente em relação à sua intimidade/privacidade, no que concerne à prestação de cuidados de higiene e conforto, de não terem opção de escolha/tomada de decisão na instituição e às atividades de lazer/socio-ocupacionais. Referem ainda, na sua maioria, que não é fácil criar laços afetivos na comunidade institucional e, apontam ainda algumas inseguranças estritamente ligadas aos recursos humanos da Instituição.

Analisando os resultados de acordo com o objetivo primordial em estudo: “Compreender o papel da institucionalização nas mudanças sobre a imagem que as pessoas idosas têm sobre si mesmo”, foi possível perceber que existe uma discrepância no olhar que cada pessoa idosa detém sobre si próprio e sobre a forma como vê e vivência o processo de envelhecimento. Este olhar/pensamento pode ser influenciado por fatores internos e externos. De um modo geral, a maioria dos participantes assume a velhice como algum negativo e associa-a à dependência, à solidão, à perda de faculdades cognitivas. Apesar de estarem conscientes que é a última etapa do ciclo de vida, as pessoas idosas receiam a morte.

Consideramos que o facto de as pessoas idosas não pensarem na velhice enquanto eram mais novas, podê-los-á ter impedido de se prepararem para esta etapa do ciclo de vida, correndo o risco de desencadear crises de identidade.

Comparando o estudo de Klusmann, Schwarzer e Heuser (2011), os autores evidenciam que a forma como os indivíduos percecionam o seu envelhecimento pode variar tendo em conta o estilo de vida, os recursos existentes na população, a cultura, bem como a visão do próprio indivíduo, sendo a sua capacidade de adaptação quer mental quer física, um fator crucial.

Não obstante, as pessoas idosas acabam por encontrar/desenvolver habilidades e mecanismos de defesa para lidarem com este fenómeno de uma forma mais leve e bem-sucedida. A integração das pessoas idosas nas atividades de lazer/ocupacionais institucionais têm como uma das funções, dar continuidade à continuidade à independência, funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária, bem como promover um envelhecimento mais ativo e com mais qualidade de vida.

Na mesma perspetiva, o estudo de Lopes et al (2016), reforça que a forma como os idosos interagem no seu meio e a sua personalidade são, também, dois fatores que vão interferir na forma como percecionam e vivem o envelhecimento.

Relativamente à autoestima e autonomia, verificou-se que as pessoas idosas, de um modo geral, estão conscientes da sua capacidade física/motora e da sua autonomia ao nível das atividades básicas da vida diária. No entanto, em muitos casos surgem momentos de frustração e de angústia, pensamentos depressivos e comportamentos disruptivos, quando não conseguem desempenhar atividades que praticavam antigamente.

Os autores, Lima e Murai (2005), consideram que o envelhecimento, por si só, está associado a doenças e a incapacidade tanto física como mental o que determina que questões como o sentimento de exclusão e inutilidade estão presentes nas percepções dos idosos. A pouca importância dada ao idoso transmite-lhe sentimento de perda de dignidade, falta de reconhecimento pelos seus direitos e, em muitos casos, a reforma pode assumir, também, um dos principais fatores na percepção negativa do envelhecimento pois esta remete para um sentimento de desvalorização e uma perda de identidade profissional.

As relações interpessoais têm uma conotação bem generosa na vida das pessoas idosas e, aquando do processo de institucionalização, uma das maiores preocupações é o contacto com a família/vizinhos/significativos, assumindo assim uma dimensão da vida das pessoas idosas de extremo relevo.

Segundo Vilela, Carvalho e Araújo (2006) os idosos que tenham um bom contexto familiar, social e cultural podem reagir às modificações do envelhecimento de maneira mais positiva.

A maioria dos participantes com família, afirma sentir o apoio e a presença dos familiares apesar das dificuldades que possam existir, como a distância (que é ultrapassada através de videochamadas). Os participantes que não têm contacto com significativos ou que a rede familiar é nula/ausente, afirmam que por vezes se sentem sozinhos, mas que acabam por se habituar aos dias menos bons (os dias em que sentem mais saudade).

No que concerne à autonomia, quanto ao poder de escolha e tomada de decisão, as pessoas idosas sentem-se mais lesadas por não conseguirem escolher autonomamente tarefas básicas, como: hora de levantar/deitar, ementa de refeição, canal de televisão ou até mesmo as meias que vão usar. A maioria dos participantes revela capacidade de reflexão crítica acerca da suas escolhas e decisões, expressando o seu descontentamento ao verificar determinadas situações que poderiam ter desfechos diferentes e causar menos danos na qualidade de vida das pessoas mais velhas, bem como o seu bem-estar.

Um estudo realizado por Caldas e Guerra (2010) conclui que os idosos consideram o envelhecimento positivo pelas experiências de vida adquiridas, pela conquista de uma vida melhor e de mais autonomia a nível financeiro. Negativamente, apontam as alterações fisiológicas sentidas pelo aparecimento de doenças e as limitações que as mesmas implicam. Também o apoio social é um fator muito importante para uma percepção do envelhecimento positivo pois segundo Areosa, Benitez e Wichman (2012)

os idosos que possuem grupos sociais de suporte e recebem mais incentivos são os que apresentam melhor saúde física e mental.

A impossibilidade de conceder o direito de escolha nas pessoas idosas pode acarretar instabilidade psicológica, podendo originar sentimentos como: desprezo, angústia, frustração e traumas. Associam esses danos e receios à eventual ausência de dignidade e respeito na comunidade onde estão agora inseridos, depois de uma vida de trabalho duro e com pouco descanso, considerando que merecem justiça, gratidão e reconhecimento como pessoas mais velhas. O que muitas das vezes é utilizado em situações de conflito como “arma”, uma vez que, na maioria das situações as pessoas idosas não querem ser vistas como “idosas”.

Um estudo realizado por Robertson e Kenny (2016) comprovou que idosos com percepções negativas de envelhecimento experienciam tanto sintomas de fragilidade como de declínio cognitivo tendo falhado nas estratégias de coping para lidar com as mudanças consequentes do envelhecimento, ocorrendo também redução na prática de atividades físicas e sociais. Este grupo de idosos, com percepções negativas acerca do envelhecimento, mostravam-se mais propensos a vivenciar situações de stress, ansiedade e depressão (Levy e colaboradores., 2014; Wurm & Benyamini, 2014) bem como uma associação negativa ao funcionamento das funções motoras (Robertson e colaboradores., 2015). É possível que as percepções negativas afetem apenas domínios que estão dependentes dos processos de controlo cognitivo e top-down como a atenção e as funções motoras (Robertson & Kenny, 2016).

Na mesma linha de pensamento centra-se o estudo de Freeman e colaboradores (2016), que acredita que os indivíduos com percepções negativas de envelhecimento têm tendencialmente um olhar mais negativo sobre o futuro e sobre as dificuldades. As pessoas com uma percepção negativa acerca do envelhecimento, têm menos cuidados com a saúde e acabam sempre por identificar algum acontecimento negativo como culpa da idade. Pessoas com percepções negativas sobre o envelhecimento podem, então, achar que são demasiado velhas para executar algumas atividades, como por exemplo a prática de atividade física ou atividades de estimulação cognitiva (Robertson & Kenny, 2016).

Voltando às questões familiares, entende-se com o estudo que nem sempre é fácil aceitar as escolhas e decisões vindas por parte dos filhos, colocando aqui os papéis familiares e sociais numa nova perspetiva. Contudo, apesar das dificuldades, as pessoas mais velhas

compreendem que nem sempre é possível, os filhos assumirem o papel de cuidadores informais, sendo a institucionalização a resposta mais adequada.

Relativamente, à espiritualidade/religião, as pessoas idosas assumem uma crença num “Ser Omnipotente” onde encontram força e coragem em diversas situações de carácter pessoal e familiar, como pedidos relacionados com o bem-estar dos filhos, a manutenção das relações sociais e em alguns casos com questões patrimoniais.

Face à pergunta de partida, anteriormente mencionada, e com base nos dados obtidos na investigação empírica, podemos concluir, que as pessoas idosas institucionalizadas da Residência Lótus, participantes no estudo, refletem e assumem diferentes mudanças identitárias a nível pessoal, social e cultural. São notórias mudanças acentuadas na vida quotidiana – desde a escolha da roupa diária, questões alimentares, privacidade, entre outros; bem como, nas relações interpessoais e intrapessoais. Estas mudanças vêm condicionar a forma como uma pessoa se vê, como se relacionam com o meio envolvente, com os outros e com a opinião que a mesma tem sobre si.

De seguida, serão apresentadas as considerações finais onde mencionaremos as limitações, os aspetos mais e menos positivos que consideramos ter existido neste estudo e que foram para nós motivo de reflexão.

Considerações Finais

Todo o estudo envolvido para a presente investigação permitiu um olhar holístico e uma reflexão acerca do envelhecimento e, principalmente sobre o processo de institucionalização, através da partilha de experiência de vida reais. Pelo exposto percebe-se o papel que a institucionalização tem desempenhado na vida dos 15 participantes deste estudo, ao nível da perceção como se veem a si, como veem os outros e com eles interagem e na prática dos seus valores culturais e espirituais. A entrada numa ERPI é marcada pelo conflito, entre a forma como a mesma se expõe na sociedade, e na forma como a pessoa mais velha percebe o processo de institucionalização, podendo assim desencadear sentimentos negativos, tais como angústia, frustração, que condicionam a longo prazo a autoestima, a autoimagem, o bem-estar, a qualidade de vida e a própria autonomia e funcionalidade, na mesma.

As “hoje” pessoas mais velhas, integram a última etapa do ciclo de vida, isto é, já foram crianças, jovens, adultos e agora, são sabedores de experiências, de vivências, de culturas, de amor, de guerras. São detentores de vontades próprias, de gostos, de prazer, de emoções.

O presente estudo leva-nos a refletir a apontar alguns caminhos para a intervenção futura nestes contextos aqui retratados. Salientamos a necessidade de reflexão e de intervenção em diversos domínios do processo de envelhecimento. É necessário criar medidas/estratégias que visem a manutenção da índole pessoal e o bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. Essas medidas/estratégias devem ser trabalhadas em equipa multidisciplinar, em conjunto com a pessoa. Para tal, é necessário compreender a história de vida/clínica (anamnese) das pessoas mais velhas, bem como os seus gostos, preferências, hábitos, cultura, costumes e tradições e, não apenas para as suas necessidades e fragilidades.

Tais medidas/estratégias podem conduzir a uma melhor compreensão do envelhecimento e conseguinte dinamização de práticas de intervenção adequadas a cada indivíduo, promovendo a sua autonomia, funcionalidade, independência, privacidade e qualidade de vida. Estas atitudes de mudança, deverão partir dos Técnicos Superiores da área social, uma vez que detêm conhecimentos teóricos e ferramentas que permitem iniciar tais processos de mudança.

Os Gerontólogos Sociais, têm um papel ativista nesta matéria, em termos Institucionais e da Comunidade, uma vez que, são especialistas na área do envelhecimento e pioneiros nas medidas de aconselhamento e orientação gerontológica, num ponto de vista holística e dotados de competências biopsicossociais.

A criação e implementação de políticas sociais, visa a melhoria das condições de saúde, dos regimes pensionistas e dos direitos das pessoas idosas em Portugal.

A nível Institucional é emergente formar os Técnicos Superiores e as equipas multidisciplinares acerca do processo de envelhecimento nas suas diversas dimensões e não apenas para as questões fisiológicas ou biológicas – é necessário formar técnicos com conhecimentos acerca das questões sociais e psicológicas, que visem a promoção de estratégias que garantam a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas.

A nível comunitário, seria importante desenvolver projetos que envolvam a comunidade em geral, através de ações de sensibilização, que permitam a discussão de ideias e a partilha de saberes, assim como redes de voluntariado. As redes de apoio social são de extrema importância e deveriam ter mais “voz”, muitas das vezes surgem questões na vida das famílias acerca da institucionalização e as respostas ficam muito “aquém”.

Ao nível familiar (cuidadores informais – familiares e significativos) é necessário sensibilizar e reeducar ao nível da reestruturação dos papéis familiares e das consequências que a mesma acarreta. É fundamental que os cuidadores conheçam as mudanças que advém com o envelhecimento e que não desvalorizem sinais de alerta e situações que comprometam o bem-estar das pessoas idosas. É necessário ainda criar medidas que visem o apoio e aconselhamento psicológico das famílias, no sentido de potencializar as relações familiares e auxiliar na criação de estratégias para resolução de problemas e conflitos familiares que estejam ou possam vir a surgir.

Ao nível das pessoas idosas, é importante estabelecer uma visão holística, uma abordagem multidimensional e promover um ambiente institucional capaz de responder às necessidades dos utentes, respeitando as suas vontades, potencialidades, valores e história de vida. É importante, ajudar a pessoa idosa a desenvolver estratégias, projetos de vida, valorizando os seus ganhos em detrimento das perdas que o envelhecimento acarreta, diminuindo o sentimento de angústia, frustração e possível depressão.

As atividades socio-ocupacionais da instituição, devem contemplar atividades de gosto pessoal e coletivo, de forma individual e grupal respeitando questões éticas, morais, culturais e religiosas de cada indivíduo. Promover a autonomia, a vida ativa, a participação social permite ganhos de autoestima, reconhecimento e valorização para com o Mundo em geral.

Deste modo, consideramos de extrema importância a continuidade da investigação na área do envelhecimento e do processo de institucionalização com foco no bem-estar e na percepção da velhice pelas próprias pessoas idosas, de modo, a possibilitar a criação de medidas que visem a melhoria da qualidade de vida e garantia de serviços de qualidade.

A criação de medidas e/ou políticas sociais públicas devem garantir a conservação da autonomia, funcionalidade e independência das pessoas mais velhas, assim como garantias ao nível dos apoios sociais com recursos económicos e sanitários adequados e preparados para o envelhecimento, quer este seja biológico ou patológico.

Em termos de limitação deste estudo, destacamos a dificuldade em conciliar a vida académica, pessoal e a profissional, mais tempo para a investigação poder-nos-ia levar a aprofundar mais e a chegar a outras conclusões, mas consideramos que o futuro está em aberto e outros desafios surgirão para a continuidade do trabalho iniciado.

Referências Bibliográficas

- Alaphilippe, D & Bailu, N. (2014). *Psicologia do Adulto*, Lisboa: Edições Piaget.
- Almeida, A. (2008). *A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.16, nº6 nov/dez. Ribeirão Preto.
- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In Fonseca, A. M. (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 63-92). Lisboa: Coisas de Ler.
- Alves, H. (2012). *As consequências do envelhecimento da população mundial*. [documento eletrónico] retirado de <http://colegiomodelojua.blogspot.pt/2009/09/asconsequencias-do-envelhecimento-da.html>. Acedido a: 15 de maio de 2022.
- Ander – Egg, E. (1974), *Diccionario de trabajo social*, Buenos Aires: Ecro: ILPH, 197.
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social do Envelhecimento. In Carvalho, M., *Serviço Social no Envelhecimento* (p. 87). Lisboa: Pactor.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos de Avaliação em Geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Barros, F. (2020). *Perceção de envelhecimento pelos idosos e atividade física*. Escola de Ciências Sociais, Évora.
- Bauman, Z. (2005). *Identidade*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Brandão, C. (1990). *Identidade e etnia: construção da pessoa e resistência cultural*. São Paulo: Brasiliense.
- Bravo, J. (2015). Reforma estrutural dos sistemas de sensões. in *Afirmar o Futuro: Políticas Públicas para Portugal*. Vol. I – Estado, Instituições e Políticas Sociais. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Caldas, C. & Guerra, A. (2010). *Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a perceção do sujeito idoso*, Rio de Janeiro.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Coisas de Ler, Lisboa.

- Carmo, H. e Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: guia de auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carneiro, M. (2012). *Gerontologia e Qualidade de Vida – reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados*. Universidade Portucalense, pp. 7-72.
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística* nº 42, art. 4º.
- Creswell, J. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto: tradução Luciana de Oliveira da Rocha*, 2. ed. - Porto Alegre: Artmed.
- Creutzberg, M., Gonçalves, L., Sobottka, E. & Santos, B. (2007). A comunicação entre a família e a instituição de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil, pp. 174-158.
- Daniel, F. (2006). O último lugar no mundo: Considerações e Reconsiderações sobre Espaço e Velhice. *Interações*, 11, pp 85-112.
- Dias, I. & Rodrigues, E. (2012). “Demografia e sociologia do envelhecimento”, in Paúl, Constança e Ribeiro, Óscar. (Coord.), *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel, pp.179-201.
- Dubar, C. (1997). *A Socialização: construção das entidades sociais e profissionais*. Porto Editora, Porto.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e sociedade*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Fernandes, A. (1996). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*, Cetta Editor.
- Fernandes, A. (1997). *A Sociedade: construção das entidades sociais e profissionais*. Porto Editora, Porto.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Manuais Universitários 35, Climepsi Editores, Lisboa.

- Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (pp. 153-178). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fontana, R., Soares, N & Tier, C. (2004). Reflecting on the institutionalized elderly. Ver. Bras. Enferm 57 (3).
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência, Lisboa.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. IGT na Rede. 8 (5). [documento eletrónico] retirado de <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=178&layout=html>
- Freeman, A., Santini, Z., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: findings from a prospective analysis of the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Journal of affective disorders*, 199, 132-138.
- Goffman, E. (1988). Estigma- Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada (4^a ed.). Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, Prisões e Conventos* (5^a ed) São Paulo: Editora Prespetiva.
- Gomes, C. & Viegas, S. (2007). *A Identidade na Velhice*. Porto: Ambar.
- Guerra, I. (2006) – Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – *Sentidos e Formas de Uso*. Principia Editora, Estoril.
- Guimarães, R. (2018). *A identidade das pessoas idosas institucionalizada*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Hulley, S. (2001) – *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica*, 2^aed. Artmed Editora, São Paulo.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). <file:///C:/Users/Asus/Downloads/d020408-3.pdf>
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: actividades*. Âmbar, Porto.
- Jacques, M. (1998). *Psicologia Social Contemporânea* (pp. 159-167). Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro.

- Jimenez, M. (1997). *A Psicologia da percepção*. Biblioteca Básica de Ciência e Cultura.
- Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer, R., & Heuser, I. (2011). Views on aging and emotional benefits of physical activity: *Effects of an exercise intervention in older women*. *Psychology of Sports and Exercise*, 13(2), 236-242.
- Levinas, E. (2010). *Ética e infinito*. (1a ed.). Edições 70.
- Levy, B. (2003). *Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58 (4), 203–211.
- Levy, B., Pilver, C., & Pietrzak, R.(2014). *Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted*. *Soc Sci Med*, 119, 170-174.
- Lima, C. & Murai, H. (2005). *Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento*. *Rev Enferm UNISA*, 6, 15-22.
- Lima, D., Lima, M. & Ribeiro, C. (2010). *Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados*. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v.7 (nº3/Set-Dez), (pp. 346-356).
- Lipiansky, E. M. (1990). *Identité Subjective et Interaction, in Camilleri, Carmel; et al – Stratégies Identitaires, Psychologie D’Aujourd’hui*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Lopes, M., de Rosso, K., Bonetti, A., & Mazo, G. Z. (2016). *Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas*. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 38(1), 76-83.
- Lourenço, A. & Veras, P. (2006). *Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais*. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 712-719.
- Lourenço, P. (2014). *Institucionalização do Idoso e Identidade: estudo de caso de idosos institucionalizados*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Marques, S., & Lima, M.L. (2010). *Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo*. *In-Mind_Português*, 1(1), 13-21.

Marques, S. (2016). *Discriminação da terceira idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Minayo, M. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed., p. 407. São Paulo: Hucitec.

MTSSS – Ministério do Trabalho da Solidariedade e Segurança Social – Portaria nº 67/2012 de março.

Nazareth., J. (2009). *Crescer e envelhecer – constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Editorial Presença.

Oliveira, A. (2010). *Correlatos da Qualidade de Vida em Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Sociais.

Oliveira, C. (2014). *A identidade no idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Organização Mundial de Saúde (2021). *WHO- World Health Organisation (2021). Officials Records of the World Health Organization, United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comissiom.*

Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas: contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget.

Pamplona, C. (2011). *O impacto da institucionalização na percepção do idoso*. Faculdade de Serviço Social. Universidade Norte do Paraná.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*, 1ªed. Climepsi.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*.

Paúl, C. (2015). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na família: contextos e trajetórias*, 2ªed. Quarteto Editora.

Pimentel, L. (2001) – *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*, Quarteto Editora.

PORDATA (2021).

[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+p
or+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-419](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+p
or+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-419) Consultado em 2022.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4^a ed, Gradiva, Lisboa.

Rissardo, L., Furlan, M., Grandizolli, G., Marcon, S & Carreira, L. (2011). *Conceção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família*. *Ciência Cuidados Saúde*, pp. 682-688.

Robertson, D., & Kenny, R. (2016). "I'm too old for that"- the association between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*, 100, 114-119.

Robertson, D., King-Kallimanis, B., & Kenny, R. (2015). *Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function*. *Psychology and Aging*, 31(1), 71-81.

Rodrigues, M. (2011). *Auto-estima e Qualidade de Vida nas Mulheres Idosas Institucionalizadas*. Faculdade de Filosofia de Braga. Universidade Católica Portuguesa.

Salinet, A. (2018). *A mulher idosa no contexto da institucionalização: autoimagem, autoestima, beleza e cuidado na velhice*. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia.

Silva, A. (2015). *A Perceção da Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado: um estudo de caso na Suíça*. Universidade Fernando Pessoa.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2^a Edição).

Streubert, H & Carpenter D., (2002) – *Investigação Quantitativa em Enfermagem*, Lusociência.

Teixeira, F. (2000) – *Identidade Pessoal: Caminhos e perspectivas*. Quarteto.

Vilela, A., Carvalho, P. & Araújo, R.(2006). *Envelhecimento Bem-Sucedido: representação de idosos*. *Saúde.Com*, 2, 101-114.

Wurm, S. & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychol. Health* 29 (7), 832–848.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2^a ed). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*, Artemed Editora.

Anexos

Anexo I – Guião de Entrevista Semiestruturada

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Para aplicação na Residência Lótus (pseudónimo) com efeitos para o estudo empírico da dissertação do Curso de Mestrado de Ciências da Educação com área de especialização em Educação e Desenvolvimento Comunitário, com o tema:

“Institucionalização e transformações identitárias: a perceção das pessoas idosas de uma ERPI da região centro de Portugal”

Temas	Questões	Questões Secundárias
<p>Caracterização Sociodemográfica</p> <p><i>Objetivo geral:</i> Caracterizar a amostra em estudo</p>	<p>Pergunta 1: Nome – Género – Idade – Habilitações literárias – Naturalidade – Estado Civil – Profissão –</p>	
<p>Perceções sobre o “eu” institucionalizado</p> <p><i>Objetivo geral: identificar as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária da pessoa idosa institucionalizada</i></p>	<p>Pergunta 1: Que importância tem a Residência na sua vida?</p>	
	<p>Pergunta 2: Qual o motivo que o/a levou à institucionalização?</p>	<p>Pergunta 2.1.: De quem foi a decisão da sua vinda para a Residência?</p> <p>Pergunta 2.2.: Vivia sozinho/a ou com um familiar?</p>
	<p>Pergunta 3: Como tem sido a sua adaptação na Residência?</p>	<p>Pergunta 3.1.: Antes de vir definitivamente para a Residência, teve oportunidade de visitar as instalações e de ser apresentada aos elementos da equipa e aos restantes residentes?</p>

		Pergunta 3.3.: Há quanto tempo reside na Instituição?
	Pergunta 4: Tem dificuldade em ser autônomo/a no seu dia-a-dia na Residência?	Pergunta 4.1.: Como se sente ao ter que partilhar o seu quarto com outro/a companheiro/a? Como é a sua relação com o/a seu/sua companheiro/a? Pergunta 4.2.: É-lhe permitido ter objetos pessoais no quarto? Que já eram de sua pertença no passado?
	Pergunta 5: Sente que respeitam a sua privacidade, intimidade, integridade, individualidade e independência, na Residência?	Pergunta 5.1.: O que pensa dos valores da Residência? Pergunta 5.3.: De que forma é organizada a parte da manhã do seu dia? Como ocorrem os levantes, as higiènes e o pequeno-almoço? Pergunta 5.4.: Tem poder de escolha e/ou decisão de alguma dessas atividades da vida diária?
Perceções sobre o "eu" e os "outros" <i>Objetivo geral: identificar as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária da pessoa idosa institucionalizada</i>	Pergunta 6: Consegue fazer a sua vida quotidiana e manter o seu bem-estar na Residência?	Pergunta 6.: Considera que as regras da Residência lhe condicionam a sua vida quotidiana?
	Pergunta 7: A sua família, amigos, vizinhos e pessoas significativas costumam visitá-lo(a)?	Pergunta 7.1.: Qual é a frequência com que ocorrem essas visitas?
	Pergunta 8: Como avalia a sua relação com os restantes residentes da Residência?	Pergunta 8.1.: Como vê essa relação? Pergunta 8.2.: Considera que tem amigos/as na Residência?

		Pergunta 8.3.: Sente-se apoiado/a, na Residência?
	Pergunta 9: Como é a sua relação com os funcionários/equipa técnica do lar?	Pergunta 9.1.: Como vê essa relação? Pergunta 9.2.: Há algum elemento que lhe transmita mais segurança ou que desempenhe um papel mais importante na sua vida?
	Pergunta 10: Qual a sua opinião acerca das atividades socio ocupacionais que a Residência dispõe?	Pergunta 10.1.: Participa nas atividades de Animação? Pergunta 10.2.: Se não, o que gostaria de fazer? Pergunta 10.3.: Se sim, o que costumam fazer? O que gosta mais? E menos?
<p>A cultura e a espiritualidade no quotidiano das pessoas idosas institucionalizadas</p> <p><i>Objetivo geral: identificar as dimensões culturais que interferem na reconfiguração identitária da pessoa idosa institucionalizada</i></p>	Pergunta 11: Consegue preservar e manter os seus hábitos, valores, costumes e tradições que realizou ao longo da sua vida?	Pergunta 11.1.: Se sim, quais? E com que frequência?
	Pergunta 12: A entrada para a Residência condicionou de alguma forma esses hábitos, valores, costumes e tradições?	Pergunta 12.1.: Se sim, em que medida? E porquê?

Anexo II – Consentimento Informado

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Instituto Politécnico de Leiria

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mariana Jerónimo Mendes, encontro-me a desenvolver uma dissertação no âmbito do 2º ano de Mestrado Ciências da Educação com área de especialização em Educação e Desenvolvimento Comunitário, na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria cujo tema do estudo se intitula “*Institucionalização e transformações identitárias: a perceção das pessoas idosas de uma ERPI da região centro de Portugal*” solicito autorização para a realização de uma entrevista semiestruturada que tem como objetivo a recolha de dados para o estudo acima referido.

Mais informo que a entrevista é apenas de carácter científico, sendo que a participação é voluntária, anónima, sigilosa e sem qualquer custo. É ainda de salientar, que no caso de o entrevistado, em qualquer momento da entrevista, não quiser responder a alguma questão, por considerar de índole pessoal ou querer desistir da entrevista, poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo ou dano momentâneo ou posterior.

A investigadora,

Após ter sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) de todos os aspetos da investigação eu, _____, declaro que autorizo que me seja feita a entrevista solicitada.

O(a) Participante

Caldas da Rainha, ___ de _____ de 2022

Anexo III – Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

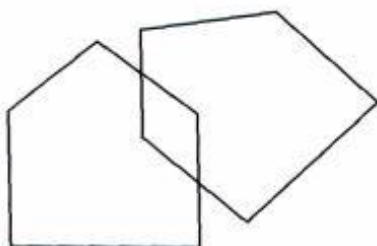
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo IV – Resultados MMSE (universo)

Resultados da Aplicação do MMSE ao universo para obtenção da amostra segundo os critérios de seleção:

<i>IDENFICAÇÃO DO PARTICIPANTE</i>	<i>RESULTADO MMSE</i>
1	12
2	26
3	25
4	30
5	19
6	22
7	20
8	18
9	26
10	29
11	23
12	11
13	14
14	10
15	30
16	28
17	16
18	12
19	14
20	12
21	22
22	26
23	14
24	29
25	11

