



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Envelhecimento, Direitos e Qualidade de Vida em Estruturas Residenciais: Realidades em Transformação

Adriana Pires Barrento Bugalho

Orientação: Professora Doutora Maria Luísa Fonseca Grácio

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia da Educação

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia
da Educação

**Envelhecimento, Direitos e Qualidade de
Vida em Estruturas Residenciais:
Realidades em Transformação**

Adriana Pires Barrento Bugalho

Orientadora:
Professora Doutora Maria Luísa Fonseca Grácio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Envelhecimento, Direitos e Qualidade de Vida em Estruturas Residenciais: Realidades em Transformação

“A vida de uma pessoa não é o que lhe acontece, mas aquilo que recorda e a maneira como o recorda.”

(Gabriel García-Marquez)

Agradecimentos

A concretização desta dissertação não teria sido possível sem a presença e ajuda de várias pessoas, às quais quero agora nesta fase final reiterar o meu agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Luísa Grácio, pelo incansável apoio, rigor, dedicação e sábios conhecimentos a que sempre me habituou. Pelo constante desafio intelectual, por ouvir pacientemente as minhas inquietações e estar sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas. Por gostar tanto disto quanto eu!

À Dra. Angélica Santos, pela sua disponibilidade e ajuda em alguns procedimentos, e também por me ter ensinado muito neste último ano.

Aos responsáveis e funcionários das instituições onde realizei este estudo, pela disponibilidade e simpatia com que me receberam.

Aos idosos que partilharam comigo memórias de uma vida, que abriram o seu coração e me deram o privilégio de ouvir estórias ímpares, o meu profundo agradecimento.

À minha extensa família, pelo incentivo de “aprender, sempre!” e pela confiança que depositaram em mim. Por fazerem com que quisesse sempre superar-me a cada novo desafio! Por celebrarem comigo cada conquista.

Aos Amigos que caminharam a meu lado nestes últimos anos e que fazem parte das melhores memórias da vida de estudante nesta cidade. Marta, Carla, Rafael, Júlia...saberei sempre porque de Évora me estou lembrando. Àqueles que, mesmo longe, não deixaram de estar presentes e tiveram sempre uma palavra de alento nas alturas mais difíceis. Que vida fora possamos manter esta família que escolhemos.

A todos os que, de uma forma ou de outra, cruzaram a minha vida e deixaram a sua marca. Aos que lutam, aos que não vergam e não desistem.

Por fim... aos meus avós, que me dizem tanto e me fazem ter um outro olhar sobre as coisas. À minha avó Elisa por todos os mimos de infância, por todas as sextas a que fui obrigada e por me fazer (quase) todas as vontades! Ao meu avô António por me mostrar que nenhuma dificuldade é motivo para desistir do que nos faz sorrir, por ser um exemplo de resiliência e convicção. Apesar da distância geográfica que naturalmente se impõe, é bom poder ver-vos envelhecer...felizes!

A todos, um sincero obrigada!

Envelhecimento, Direitos e Qualidade de Vida em Estruturas Residenciais:
Realidades em Transformação

Resumo

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios que se colocam às sociedades contemporâneas, não só pela urgência de respostas em termos dos sistemas de saúde e apoio social, como também pela necessidade da promoção da qualidade de vida nesta faixa etária. Sabemos que o direito à participação, liberdade e autonomia são condições indispensáveis para a qualidade de vida dos idosos, porém, a sua entrada em instituições residenciais poderá implicar a sua limitação.

O presente estudo visa conhecer as realidades, qualidade de vida e os direitos experienciados pelos idosos em contexto institucional. Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas com idosos entre os 80 e os 91 anos, tendo estas sido transcritas e analisadas na íntegra através de análise de conteúdo. A qualidade de vida foi explorada por relação com a percepção de direitos gerais e específicos, privacidade e intimidade, identidade pessoal e social, relacionamentos, suporte social, percepções de bem-estar, necessidades e aspirações acerca da institucionalização. Os resultados evidenciam fragilidades em diversas dimensões da qualidade de vida em contexto institucional, participação e direitos dos idosos bastante condicionados e domínio de práticas assistencialistas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Quarta idade; Qualidade de Vida; Direitos; Estruturas residenciais.

Aging, Rights and Quality of Life in Residential Structures: Realities in Transformation

Abstract

Population aging is one of the great challenges facing contemporary societies, not only because of the urgency of answers in terms of health systems and social support, but also because of the need to promote quality of life in this age group. We know that the right to participation, freedom and autonomy are indispensable conditions for the quality of life of the elderly, but their entry into residential institutions may imply its limitation. This study aims to know the realities, quality of life and rights experienced by the elderly in an institutional context. Twenty semi-structured interviews with the elderly between the ages of 80 and 91 were performed, and these were transcribed and analyzed in their entirety through content analysis. Quality of life was explored in relation to the perception of general and specific rights, privacy and intimacy, personal and social identity, relationships, social support, well-being perceptions, needs and aspirations about institutionalization. The results show weaknesses in several dimensions of the quality of life in an institutional context, participation and rights of the elderly people very conditioned and mastery of welfare practices.

Key words: Aging; Fourth age; Quality of life; Rights; Residential structures.

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimentos..... | II |
| Resumo | III |
| Abstract | IV |
| Índice de Tabelas | VII |
| Índice de Anexos | VIII |
| Introdução..... | 1 |
| PARTE I. Enquadramento Teórico..... | 3 |
| Capítulo I. Envelhecimento Humano | 3 |
| 1. Envelhecimento e ciclo de vida | 3 |
| 2. Representações sociais sobre o envelhecimento..... | 9 |
| 3. Envelhecer em Portugal: a emergência do cuidado institucional..... | 11 |
| Capítulo II. Qualidade de vida, direitos e envelhecimento | 17 |
| 1. Qualidade de vida | 17 |
| 1.1. Autonomia..... | 22 |
| 1.2. Privacidade e Intimidade | 24 |
| 1.3. Identidade Pessoal e Social | 26 |
| 1.4. Relacionamentos e Suporte Social Percebido..... | 28 |
| 1.5. Bem-estar | 30 |
| 2. Direitos da pessoa idosa | 34 |
| PARTE II. Estudo Empírico..... | 39 |
| Capítulo I. Metodologia | 39 |
| 1. Objetivos do Estudo..... | 39 |
| 2. Participantes | 40 |
| 3. Instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados | 42 |
| 3.1. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados | 42 |
| 3.2. Procedimentos de análise de dados..... | 44 |

| | |
|--|-----|
| Capítulo II. Apresentação e discussão de resultados..... | 47 |
| 1. Tema I. Representação do Idoso | 47 |
| 2. Tema II. Vivência anterior | 51 |
| 3. Tema III. Motivos e Expectativas face à institucionalização | 56 |
| 4. Tema IV. Direitos | 61 |
| 4.1. Subtema IV.I. Direitos Gerais | 62 |
| 4.2. Subtema IV.II. Poder de decisão | 65 |
| 4.3. Subtema IV.III. Autonomia Executiva | 67 |
| 4.4. Subtema IV.IV. Liberdade | 70 |
| 5. Tema V. Privacidade e Intimidade..... | 73 |
| 6. Tema VI. Identidade Pessoal e Social..... | 77 |
| 7. Tema VII. Relacionamento Interpessoal..... | 83 |
| 8. Tema VIII. Suporte Social Percebido | 86 |
| 9. Tema IX. Bem-estar Material | 89 |
| 10. Tema X. Bem-estar Subjetivo | 90 |
| 11. Tema XI. Necessidades e Idealização | 96 |
| Conclusão..... | 103 |
| Referências | 113 |
| Documentação Legal..... | 130 |
| Anexos | 131 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Caracterização dos participantes | 41 |
| Tabela 2. Tema I. Representação do idoso: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 48 |
| Tabela 3. Tema II. Vivência anterior: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens | 52 |
| Tabela 4. Tema III. Motivos e Expectativas face à entrada na instituição: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 56 |
| Tabela 5. Tema IV. Direitos: Subtemas: Dimensões, frequência e percentagens | 61 |
| Tabela 6. Subtema IV.I. Direitos Gerais: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 62 |
| Tabela 7. Subtema IV.II. Poder de decisão: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 65 |
| Tabela 8. Subtema IV.III. Autonomia Executiva: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 67 |
| Tabela 9. Subtema IV.IV. Liberdade: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 71 |
| Tabela 10. Tema V. Privacidade e Intimidade: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 73 |
| Tabela 11. Tema VI. Identidade Pessoal e Social: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens | 77 |
| Tabela 12. Tema VII. Relacionamento Interpessoal: categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 83 |
| Tabela 13. Tema VIII. Suporte Social Percebido: categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 86 |
| Tabela 14. Tema IX. Bem-estar material: categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 89 |
| Tabela 15. Tema X. Bem-estar Subjetivo: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 91 |
| Tabela 16. Tema XI. Necessidades e Idealização: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens..... | 97 |

Índice de Anexos

Anexo 1 – Guião de Entrevista

Anexo 2 – Temáticas e questões de investigação

Anexo 3 – Pedido de Autorização do estudo

Anexo 4 – Consentimento Informado

Anexo 5 – Questionário Sociodemográfico

Anexo 6 – Grelha de Análise Temática e Cateçgorial: critérios e unidades de registo

Anexo 7 – Apresentação de resultados: Temas, Subtemas, Dimensões, Cateçgorias, Subcateçgorias, Subsubcateçgorias, frequências e percentagens

Introdução

O envelhecimento demográfico é um fenómeno ímpar na humanidade e tem preocupado os mais diversos setores da sociedade, dado que as transformações sociodemográficas constituem um marco histórico e central da sociedade contemporânea. Os países do sul da Europa, dos quais se destacam Portugal e Espanha, têm assistido ao envelhecimento “galopante” da sua população, colocando-os perante a necessidade de encontrar soluções sociais e políticas que possam responder às necessidades e interesses dos idosos (Nogueira & Azeredo, 2017).

Ainda que seja consensual a pertinência do envelhecimento demográfico, importa compreender também o envelhecimento individual (i.e., biológico, psicológico e social), para que possa dissociar-se o “ser idoso” (que tem por base a idade cronológica) do “ser velho” (que tem por base a idade funcional) (Azeredo, 2016). Tal significa que a idade é uma variável vazia que por si só não explica nada, pois o número de anos que a pessoa viveu não pode ser determinante para o assumir de um dado potencial (Palácios, 2004). Com esta dissociação de termos surge um desafio para o séc. XXI que se prende com a desmistificação de estereótipos que limitam a participação do idoso na sociedade e que o colocam numa situação de exclusão social (Azeredo, 2016). Esta limitação da participação social poderá estender-se a outros domínios (e.g., poder de decisão, autonomia, liberdade), principalmente quando o idoso se encontra numa situação de maior vulnerabilidade. Apesar do aumento dos custos relacionados com os apoios sociais e sistema de saúde evidenciar a necessidade de medidas que possam contrariar a tendência de insustentabilidade dos mesmos, urge mudanças a nível individual e de contexto (Marquez, Bustamante, Blissmer, & Prohaska, 2009), onde a criação de serviços não assente somente na resposta às necessidades desta faixa etária, mas a encare como um recurso e uma mais-valia em termos sociais, culturais e económicos (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006).

O fenómeno do envelhecimento começa a ganhar novos contornos na década de 80, nomeadamente em termos de discussão teórica pelos mais variados setores da sociedade, originando diferentes áreas de estudo que procuram compreendê-lo e explicá-lo (Bastos, Faria, Amorim, & Carvalho, 2013; Paúl, 2005). É consensual que o envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial e, como tal, terá sempre que ser abordado como um fenómeno multidisciplinar (Fonseca, 2006). No que respeita ao envelhecimento do ser humano estão presentes três grandes componentes: a componente biológica relacionada com aspetos funcionais; a componente social relativa aos papéis sociais e expectativas da sociedade; e a componente psicológica que se liga

à capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de envelhecimento (Ballesteros, 2007; Fonseca, 2006). Existem várias definições de envelhecimento, que resultam da ambiguidade que envolve o conceito e da mudança de padrões ao longo do tempo. Segundo Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez e Garcia (2005), o envelhecimento é um processo em que existem determinantes pessoais, sendo que aquilo que o indivíduo teve possibilidade de experienciar ao longo da vida poderá explicar, de alguma forma, como irá envelhecer. Estes autores para além da componente biológica ressaltam a importância da componente social e psicológica dando ênfase ao processo individual, em que a pessoa é um agente do seu próprio processo de envelhecimento. Ao encararmos o envelhecimento como uma fase específica do ciclo-de-vida, sujeito a múltiplas influências e tendo em conta as particularidades de cada indivíduo, devemos compreender as implicações do cuidado institucional – como resposta atual e solicitada por muitos idosos – que deve obedecer a regras específicas para garantir a sua qualidade (Tuominen, Leiono-Kipi, & Suhonen, 2015).

Na maioria das vezes os estudos realizados com idosos abordam temas que dizem respeito à vulnerabilidade e às limitações induzidas pela idade (Albuquerque, Sousa, & Martins, 2010) ou programas que permitam manter a qualidade de vida através de um envelhecimento ativo, normalmente dirigidos a idosos que ainda se encontram nas suas casas. Para uma compreensão mais abrangente deste fenómeno e da sua vivência em contexto institucional, o presente estudo pretende ultrapassar a visão tradicional de estudo do envelhecimento, i.e., baseada nas perdas físicas e cognitivas, procurando por um lado conhecer o significado que os próprios idosos atribuem a esta fase do ciclo de vida, e por outro a perspetiva individual acerca das possibilidades e barreiras à sua qualidade de vida, por relação com o contexto onde residem.

Neste sentido, apresentamos na primeira parte deste estudo uma revisão da literatura, abordando no primeiro capítulo as perspetivas de desenvolvimento do ciclo de vida, bem como as representações sociais sobre esta faixa etária. Terminamos este capítulo evidenciando algumas das respostas que foram, ao longo dos anos, encontradas para a população idosa, abordando especificamente o viver em contexto institucional. O segundo capítulo diz respeito à qualidade de vida, direitos e envelhecimento sendo apresentados conceitos fundamentais para o seu entendimento e alguns estudos nestas áreas. No fim deste segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a importância dos direitos da pessoa idosa e as suas implicações e contributos para a qualidade de vida em contexto institucional. Na segunda parte desta dissertação, apresentamos os objetivos

do estudo, as considerações metodológicas necessárias para a sua compreensão, os resultados e a sua discussão, em articulação com a revisão da literatura. Terminamos com a conclusão acerca dos principais resultados do estudo, evidenciando algumas das limitações encontradas bem como sugestões para investigações futuras.

PARTE I. Enquadramento Teórico

Capítulo I. Envelhecimento Humano

1. Envelhecimento e ciclo de vida

Durante algum tempo o desenvolvimento psicológico foi limitado às mudanças e transformações evolutivas que aconteciam na infância e na adolescência, no entanto a década de 70 marcou o início de uma nova conceção onde a psicologia evolutiva se debruçaria sobre todo o ciclo de vida (Palácios, 2004). O desenvolvimento durante todo o ciclo de vida foi reconhecido social e cientificamente como relevante a partir das transformações demográficas da sociedade e estudado empiricamente a partir das construções teóricas de psicólogos como Biihler, Erikson, Hall, Hollingwork e Jung, (Baltes, 1987). Existem várias teorias sobre o processo de envelhecimento, que resultam naturalmente da intensificação do estudo deste fenómeno, sendo que a emergência de termos como “*senescencing*” que diz respeito aos processos biológicos do envelhecimento, “*eldering*” relativamente aos processos sociais e “*geronting*” para os processos psicológicos do envelhecimento (Birren & Birren, 1990), é elucidativa da visão que começa a ser contruída sobre esta etapa do ciclo de vida e sobre a importância do seu estudo de forma multidimensional.

Várias teorias foram surgindo ao longo dos anos, como é o caso da teoria da atividade (Havighurst & Albrecht, 1953), que postulava que a maioria dos idosos conservam, de forma geral, os seus níveis de atividade social, física e mental, os quais devem ser estimulados e desenvolvidos de forma contínua; a teoria do afastamento (Cummings & Henry, 1961), que mostrava que ao envelhecer o idoso se centra cada vez mais em si, “desligando-se” do meio social, numa perspectiva de substituição dos mais velhos pelos mais novos, evitando a disfuncionalidade do sistema; a teoria da continuidade (Havens, 1968), que mostrava a velhice como o prolongamento dos períodos anteriores, tendo influência no estilo de vida anterior e na personalidade do sujeito; e a teoria *life span* (Baltes, 1987). Compreendemos que o espetro teórico da psicologia do desenvolvimento não apresenta uma teoria única, porém, a teoria de Erikson é talvez uma das mais abrangentes e unificadoras (Baltes, 1987).

Erikson (1982) foi talvez um dos primeiros a abordar todo o ciclo-de-vida, considerando que o desenvolvimento acontecia desde o nascimento até à morte, ligando-se a uma evolução mais ou menos pré-determinada biologicamente. Apesar de partir dos estudos de Freud, o seu entendimento do desenvolvimento foi além de uma teoria psicossocial, evidenciando-se a importância do ambiente e da vertente social e cultural no desenvolvimento. A importância deste contexto cultural está ligada às questões da identidade, uma vez que esta é construída e mantida na relação com o outro (Erikson, 1963). Com o desenvolvimento de sua teoria psicossocial, Erikson (1968) criou oito estádios, sendo que a cada um deles corresponde uma determinada crise ou tarefa de desenvolvimento (e.g., confiança básica vs desconfiança básica), porém a mesma crise pode sugerir em diferentes fases do ciclo de vida. Importa salientar neste estudo o estágio da velhice (integridade vs desespero), onde a pessoa reflete sobre a sua vida, sobre o que fez e sobre o significado das suas ações. Erikson evidenciava que se existisse uma aceitação por parte do idoso relativamente ao que viveu, às consequências positivas e negativas das suas ações ao longo do tempo, sem um desespero desmedido perante a ideia do fim, poderia dizer-se que a crise integridade vs desespero havia sido superada. Se por outro lado, a pessoa sentisse que o tempo tinha terminado, que nada mais havia a fazer (i.e., inexistência de propósito), numa avaliação essencialmente negativa da vida, estaríamos perante uma falha na superação desta crise. Um desenvolvimento bem-sucedido neste estágio traduz-se na virtude da “sabedoria”, que se baseia na aceitação de si e do mundo.

Ainda que esta teoria seja de grande utilidade para a compreensão do desenvolvimento do ciclo de vida, há uma outra forma de compreender as mudanças que ocorrem na velhice e que não se baseia na existência de fases ou estágios. Neste estudo focaremos a nossa atenção nessa abordagem, plasmada na teoria “*life span*” proposta por Paul Baltes, onde se preconiza o estudo do desenvolvimento ao longo da vida através de uma abordagem transacional, dinâmica e contextualista, que ocorre de forma contínua, multidimensional e multidirecional entre o indivíduo e a cultura. Um dos pressupostos fundamentais é que o desenvolvimento ocorre desde o nascimento até à morte, ocorrendo no seu percurso vários processos de adaptação, aquisição, manutenção e transformação das funções psicológicas (Baltes, 1997; Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999). A teoria do desenvolvimento ao longo da vida não é uma teoria particular, mas sim uma orientação para o estudo do comportamento, onde o desenvolvimento e o envelhecimento representam processos de mudança distintos, embora relacionados e interativos em termos biológicos e culturais (Baltes, Reese, &

Lipsitt, 1980). Baltes (1997) diz-nos mesmo que “nem a evolução biológica nem a cultural tiveram oportunidade suficiente para desenvolver um andaime completo e otimizador (arquitetura) para as fases posteriores da vida, existindo um aparente paradoxo: historicamente falando, a velhice é jovem” (p.2). Para este autor esta perspectiva de desenvolvimento destaca que: a) o desenvolvimento ontogénico é um processo que ocorre ao longo da vida e que nenhuma idade apresenta supremacia relativamente a outra; b) nos mesmos períodos de desenvolvimento existem mudanças diferentes, sendo que dentro do mesmo domínio podem existir aumentos e diminuições de funcionamento; c) o processo de desenvolvimento não é linear e nele ocorrem em conjunto ganhos e perdas; d) existe bastante plasticidade intraindividual e esta depende das condições de vida e das experiências do indivíduo ao longo do seu desenvolvimento; e) existe uma forte influência das condições histórico-culturais no desenvolvimento ontogénico; f) o desenvolvimento deve ser entendido como fruto das influências normativas e não-normativas; e g) o desenvolvimento psicológico deve ser visto tendo em conta o contexto interdisciplinar, o que implica uma visão pluralista das várias disciplinas que o estudam (biologia, sociologia e antropologia, por exemplo).

Relativamente às componentes determinantes a nível genético-biológico e sociocultural do desenvolvimento, é considerado que a arquitetura da ontogenia e a interação entre os fatores biológicos e culturais vai sendo alterada ao longo da vida, dada a alocação de diferentes recursos nas várias fases de desenvolvimento. Na infância é dada ênfase ao crescimento e na velhice é dada ênfase à regulação das perdas, sendo o desenvolvimento regulado através de mecanismos de seleção, otimização e compensação (Baltes, 1997). Cada vez mais investigadores concentram a sua atenção no estudo das mudanças relacionadas com a plasticidade e procuram conceitualizações que permitam definir o envelhecimento e conseqüentemente, o envelhecimento bem-sucedido através da maximização dos ganhos e da minimização das perdas.

Podemos dizer que as trajetórias de vida sofrem influências de natureza normativa e não normativa. As influências normativas relacionadas com a idade (ontogénicas) são vistas como determinantes biológicos, com uma relação estreita com a idade cronológica (e.g., eventos de socialização, ciclo de vida da família) (Baltes et al., 1980), podendo ocorrer de forma semelhante para indivíduos na mesma cultura. O processo biológico normativo na velhice inclui uma diminuição da plasticidade comportamental, bem como uma diminuição da resiliência para enfrentar a exposição a fatores de risco. No entanto, os limites desta plasticidade dependem das condições históricas e culturais a que o indivíduo esteve exposto, sendo condicionada pelos apoios sociais e recursos

de personalidade, a que chamamos de mecanismos de autorregulação (Neri, 2006). As influências normativas relacionadas com a história (evolutivas), são associadas a um determinado tempo histórico, num contexto particular, afetando as pessoas que vivem numa determinada época e sociedade (e.g., guerras, crises económicas, epidemias) (Baltes et al., 1980).

Por sua vez, as influências não normativas referem-se a determinantes biológicos e ambientais que ocorrem em qualquer fase da vida, não sendo determinadas pela idade ou pela história (e.g., mudanças de carreira, desemprego, acidentes, divórcio, institucionalização, morte de pessoas significativas). Este padrão “não-normativo” relaciona-se, sobretudo com a heterogeneidade e com a interrupção de um curso de vida expectável, gerando uma condição de incerteza e desafio, que acarreta a mobilização de mais recursos para dar resposta aos eventos stressores. Estes eventos stressores tendem a ter maior impacto com o avanço da idade, uma vez que a disponibilidade de recursos necessários pode não estar tão acessível (Baltes et al., 1980; Baltes & Smith, 2003).

Embora as trajetórias de vida possam ter alguma regularidade, importa considerar o peso das diferenças interindividuais, pois um determinado evento pode não ter similar impacto para os indivíduos de um mesmo grupo. Nesta linha, compreendemos que também o grupo dos idosos não é homogéneo e que essa heterogeneidade se relaciona, entre outras coisas, com a distinção entre terceira e quarta idades. Convém salientar que esta distinção passou por algumas alterações e evoluções, mas com a convicção de que devem ser olhadas como complementares (Baltes & Smith, 2003). Santerre (1995), evidencia, com base nas funções sociais e papel dentro da família, a existência dos “jovens velhos”, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos, os “médios velhos” entre os 75 e os 85 anos e os “velhos velhos” com mais de 85 anos. Podemos referir que a terceira idade é associada ao conceito de jovem idoso (*young old*) e a quarta idade ao conceito de velho idoso (*old old*), conceitos trazidos por Neugarten e mencionados por Baltes e Smith (2003) para evidenciar que esta transição ocorre por volta dos 75-80 anos nos países desenvolvidos (Olshansky, Carnes & Désesquelles, 2001). Se excluirmos os sujeitos que, nos países desenvolvidos, morrem mais cedo, a quarta idade poderá começar entre os 80 e os 85 anos (Baltes & Smith, 2003).

Se por um lado, a terceira idade se apresenta como portadora de “boas notícias”, na medida em que a expectativa de vida aumenta, verificando-se a existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais e estratégias particulares/específicas para

gerir ganhos e perdas, por outro lado, a quarta idade é descrita por estes autores como tendo grandes perdas a nível cognitivo, prevalência de demências e elevado nível de fragilidade, o que se apresenta como um desafio acrescido. Com o aumentar da idade surge uma maior vulnerabilidade em termos de saúde (ao nível das doenças que se podem desenvolver) e em termos sociais (com o aumento da solidão, do isolamento e da estigmatização desta faixa etária) (Azeredo, 2016; Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

Nesta dicotomia entre perdas e ganhos, a arquitetura de vida seria mais completa se em todos os períodos da sua vida o indivíduo apresentasse mais ganhos que perdas. Os princípios fundamentais desta visão baseiam-se na seleção evolutiva (que apresenta uma correlação negativa com a idade), ou seja, com o passar do tempo as expressões de genes tendem a ser mais disfuncionais do que em idades mais jovens; e com a ligação entre idade e cultura (como totalidade dos recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos) que se transmite ao longo dos séculos e que permite níveis mais elevados de funcionamento (Baltes, 1997). Esta ligação à cultura, como “compensação” é uma das teorias da antropologia cultural e que tende a emergir quando a parte mais biológica é progressivamente diminuída.

Um dos modelos que reflete a dinâmica entre perdas e ganhos é o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido que se baseia no modelo SOC (seleção, otimização e compensação), que permite uma maior compreensão das mudanças e resiliência ao longo da vida (Baltes, 1997). Este modelo baseia-se no pressuposto de que as pessoas, ao longo da vida, encontram oportunidades e limitações de recursos que podem ser suprimidos ou controlados de forma adaptativa, por meio destes três mecanismos (Freund & Baltes, 1998; 2002). Para que possamos compreender melhor este modelo, teremos de compreender que o mecanismo de *seleção* compreende sempre uma limitação de recursos (como o tempo e a energia), o que exige que se opte por determinados objetivos em detrimento de outros, pois um investimento de recursos que poderá fracassar, tornar-se-á nesta fase mais difícil de compensar. Assim, os caminhos a escolher terão sempre de ser ponderados, do ponto de vista deste investimento de tempo e energia, vislumbrando as várias alternativas possíveis e fazendo uma reconstrução hierárquica de objetivos já traçados ou até mesmo equacionando a procura de novos. Podemos dizer que uma primeira escolha de objetivos é uma forma de seleção eletiva e que a reorganização dos mesmos, perante a limitação de recursos, tem por base a seleção baseada na perda, pois os objetivos a alcançar serão sempre aqueles que se evidenciem como mais importantes e passíveis de ser atingidos.

A elaboração e comprometimento com objetivos permite um melhor desenvolvimento e um comportamento mais organizado, contribuindo também para uma maior percepção de propósito e significado relativamente à vida (Freund & Baltes, 2002). Por sua vez, o mecanismo de *otimização*, é definido como tendo a função de alocar ou aperfeiçoar os recursos internos ou externos do sujeito, de forma a atingir níveis de funcionamento mais elevados nos objetivos/metapas anteriormente selecionados. Este mecanismo envolve também um investimento de meios relevantes para atingir o objetivo, no entanto sabemos que estes serão diferentes dependendo do contexto social e cultural, da idade, género, entre outros aspetos, existindo diversas formas de atingir um objetivo determinado. Por fim, o mecanismo de *compensação*, é definido por relação com a utilização de meios alternativos que permitam manter um determinado nível de funcionamento, nomeadamente quando os meios específicos ou principais para o efeito já não se encontram disponíveis (por perda ou declínio). A manutenção do funcionamento pode ser alcançada através da substituição de meios, o que permite uma compensação evidente de algo essencial, como por exemplo a audição, através de aparelhos próprios para o efeito. Por outro lado, e como evidenciam Baltes e Dickson (2001), temos também o abandono de objetivos e o investimento noutros, que remete para um tipo de compensação mais interno. Assim sendo, é comum que à medida que o sujeito envelhece, adquira e aperfeiçoe o seu repertório comportamental, encontrando estratégias que lhe permitam ir respondendo aos desafios emergentes, reunindo esforços para alcançar níveis altos de funcionamento nos domínios selecionados e utilizando esforços compensatórios para proteger os já alcançados.

Em suma, importa salientar que a velhice, tal como as outras etapas da vida, é aberta a mudanças e é sensível às várias fontes de influência que já abordámos (Palácios, 2004), sendo que a forma como o indivíduo reage perante estas é revelador do seu ajustamento psicológico e social. Os idosos deparam-se nesta fase da vida com tarefas como: manter a imagem do corpo e a integridade física, ajustar-se à situação de reforma, aceitar a morte do cônjuge, estabelecer relação com grupos de pessoas idosas, entre outras (Freitas et al., 2013; Witter, 2006). A vivência desta fase do ciclo de vida é marcada por aspetos positivos e tal como vimos anteriormente na teoria de Erikson (1968) a sabedoria é tida como uma virtude, sendo esta também uma das várias características positivas (e.g., experiência, ponderação, paciência, generosidade, culto) muitas vezes associadas ao idoso (Chasteen, Schwarz, & Park, 2002). O conceito de sabedoria tem vindo a ser estudado pela psicologia exatamente por relação com esta faixa etária, dado que tal permite uma maior qualidade de vida e a vivência num mundo mais harmonioso

(Coleman & O'Hanlon, 2004). Existem várias perspetivas e teorias sobre a sabedoria¹, no entanto, dado que não nos debruçaremos especificamente sobre este construto, queremos apenas referi-lo enquanto característica positiva da velhice.

2. Representações sociais sobre o envelhecimento

As diferentes definições e componentes do envelhecimento permitem a compreensão deste fenómeno em toda a sua amplitude e complexidade (Fonseca, 2006), porém é também através destas que as pessoas criam categorias e desenvolvem determinadas crenças e estereótipos face ao idoso. Como vimos anteriormente a velhice comporta algumas perdas e declínios, porém, é também uma fase de ganhos, aquisições, conquistas e reorganizações (Palácios, 2004).

Para Zimernan (como citado em Carvalho & Dias, 2011), a velhice não é uma doença, mas sim uma fase do desenvolvimento em que o indivíduo se encontra mais suscetível a nível biológico, sendo que a expressão “velho” no passado é representativa de carinho, de experiência, sabedoria e reconhecimento, não possuindo um carácter depreciativo.

A categorização é um processo cognitivo normal, que permite simplificar e facilitar a compreensão da realidade através do agrupamento de determinados indicadores visíveis. Este processo cognitivo prende-se essencialmente com a necessidade de definir, de distinguir, dando consistência e estabilidade àquilo com que nos confrontamos, numa perspetiva também de contraste com um outro grupo (Cantor, Michel, & Schwartz, 1982; Del Prette & Del Prette, 2008; Lima, 2007).

Quando olhamos para um determinado grupo e, particularmente, para os idosos a tendência é a de o considerarmos como um grupo homogéneo, o que poderá originar comportamentos discriminatórios. No entanto, este grupo é, tal como outros, bastante heterógeno, quer a nível cultural, socioeconómico ou mesmo em termos de condições de saúde e, como tal, não é fácil de descrever de forma breve e recorrendo a meia-dúzia de características (Simões, 1990; Silva, Farias, Oliveira, & Rabelo, 2012).

Os estereótipos relativamente aos idosos prendem-se com: perceções de poder de iniciativa limitado e dificuldade em construir ou integrar-se em novos projetos; ausência de desejo e atividade sexual; incapacidade para aprender; dependência generalizada, (Fonseca, 2006). Para além destes, encontramos ainda a expressão de estereótipos em afirmações como “são todos iguais”, “estão em fase de declínio onde perdem todas as capacidades”, “são doentes e inativos” (Almeida & Lourenço, 2009; Simões, 1990).

¹ (e.g., Ardelt, 2004; Baltes & Staudinger; 2000; Sternberg, 2003)

Estas afirmações devem ser compreendidas como crenças generalizadas, normalmente partilhadas por um grande grupo relativamente a um determinado atributo ou característica, apresentando-se como bastante resistentes à mudança (Torres, Camargo, & Bousfield, 2016), o que permite a proteção da sua conceção da realidade (Lippmann, 1922). A pertença e a identificação com um grupo têm consequências ao nível da avaliação que fazemos de nós e do outro (Abrams & Hogg, 1998). O processo de categorização que origina os estereótipos acentua as semelhanças entre o “eu” e os indivíduos do mesmo grupo e as diferenças relativamente aos membros de grupos distintos (Turner, Sachdev, & Hogg, 1983; Vala & Monteiro, 2013).

Contrariamente a outros tipos de estereótipo, os relativos à idade começam a desenvolver-se muito antes dos indivíduos se encontrarem nessa fase, o que poderá fazer com que quando se tornam mais velhos não questionem a sua validade, pois já os internalizaram (Levy & Langer, 1994; Maques, 2011). Para esta internalização contribui também o facto do “idadismo” (estereótipo face à idade) começar a ser construído em casa, no seio da família, principalmente pelos mais novos, o que se estende depois para toda a sociedade (Fonseca, 2006; Gilbert & Ricketts, 2008). É neste grupo específico – dos jovens – que esta imagem se acentua de forma mais negativa e onde ocorre uma maior discrepância relativamente ao comportamento efetivo das pessoas idosas. Com o avançar da idade da pessoa que julga e avalia, a perceção dos detalhes de forma positiva acerca da pessoa idosa tende a aumentar (Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2010). De facto, não só em geral mas também no mundo do trabalho verifica-se que uma maior distância social entre a faixa etária dos mais idosos e as dos mais jovens é propícia a atitudes mais negativas, afirmando alguns sujeitos que é mais difícil trabalhar com pessoas mais velhas e que estas podem dificultar as interações neste contexto (Smirnova, 2010).

Uma das estratégias que poderá combater este tipo de discriminação foi abordada por Allport (1954), sendo que esta se baseava na teoria do contacto, que implica que à medida que as relações entre os vários grupos aumentam, a perceção do endogrupo relativamente ao exogrupo sofre alterações, numa perspetiva de diminuição dos aspetos negativos. No entanto, para que existisse uma efetiva alteração das perceções negativas e dos autorrelatos explícitos relativamente ao idoso, seria necessário que se verificassem pressupostos nos grupos como o estatuto dos seus membros, o suporte social das instituições, a cooperação intergrupar e a definição de objetivos comuns. As categorias que criamos relativamente à idade, sexo ou raça, por exemplo, podem ser situacionais, transitórias ou inerentes e imutáveis, o que influencia a nossa perceção

acerca do comportamento esperado. Weiss, Job, Mathias, Grah e Freund (2016) evidenciam que o facto de acreditarmos que as mudanças que ocorrem no envelhecimento são fixas ou, por outra, mutáveis influenciará a nossa construção psicológica acerca do envelhecimento, moldando a forma como interpretamos e respondemos perante as mudanças contextuais.

3. Envelhecer em Portugal: a emergência do cuidado institucional

A pirâmide populacional tem vindo a inverter-se ao longo das últimas décadas em Portugal, existindo uma diminuição clara da taxa de natalidade, em contraste com o aumento da população envelhecida ano após ano. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015), Portugal apresenta dentro da União Europeia o 4º valor mais elevado em termos de proporção de idosos, sendo a população residente constituída por 14.4% de jovens, 65.3% de pessoas em idade ativa e 20.3% de idosos. Para além disso, em 2014 por cada 100 jovens que residiam em Portugal, existiam 141 idosos (136 em 2013). Perspetiva-se que o número de pessoas com 65 ou mais anos manterá a tendência para aumentar, sendo que o índice de envelhecimento passará de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080 (INE, 2017a).

De facto, o envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade contemporânea na medida em que se vive cada vez mais, porém o favorecer de um envelhecimento satisfatório é um dos grandes desafios que se colocam. A velhice, tal como a conhecemos, é uma criação histórica das sociedades europeias, onde começaram a emergir alguns problemas com a classe trabalhadora envelhecida, havendo ao longo dos tempos uma transferência da responsabilidade sobre esta faixa etária da família para a sociedade, representada pelo estado (Cardoso, Santos, Baptista, & Clemente, 2012). A própria Constituição da República Portuguesa (2005) refere no seu artigo 72º que “a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na sociedade” (p. 56), o que evidencia a responsabilidade do estado e da sociedade em assegurar respostas dignas também nesta fase do ciclo de vida.

Começa a verificar-se ao longo dos anos uma estreita relação entre a velhice e a sociedade, nomeadamente através de um conjunto de políticas sociais desenvolvidas para dar resposta à perda do estatuto de trabalhador ativo (com a entrada na reforma). No entanto, a entrada na “idade da reforma” que se associa à “terceira idade” e que

pressupõe o direito ao repouso e saída da atividade laboral, não se constitui como elemento fundamental para o “envelhecimento social”, uma vez que este começa muitos antes, com a acentuação do desenvolvimento tecnológico e com o confronto com situações paradoxais em que se é despedido “por ser muito velho” mas onde as pessoas não se podem reformar por serem “demasiado novas” (Cardoso et al., 2012).

Os sistemas de proteção social apresentam-se como modelos que pretendem proteger os cidadãos contra as consequências de alguns riscos, tal como aqueles que se afiguram durante a velhice. O termo risco, associado às questões da entrada na reforma, está presente na legislação portuguesa e internacional, no entanto o processo de envelhecimento e o aumento da longevidade devem ser olhados como algo que acontece naturalmente e que está ligado à melhoria das condições de vida que resultam de políticas públicas relacionadas com a saúde, trabalho e redistribuição de rendimentos. O termo “risco” fará sentido na medida em que esta última fase do ciclo de vida poderá ser vivida sem a mesma qualidade de fases anteriores, imperando a necessidade de se garantirem mecanismos para efetivar uma solidariedade intergeracional que responda às necessidades mais prementes do envelhecimento. Alguns dos problemas que acentuam a vulnerabilidade desta população prendem-se como a má nutrição, com o isolamento, com a autonomia na realização das tarefas quotidianas e com a insuficiência de redes de apoio social (Capucha, 2005).

Em Portugal, assiste-se a uma evolução das políticas sociais da velhice (associadas à edificação do sistema de segurança social) desde o 25 de Abril de 1974, no entanto, já com algum atraso relativamente a outros países Europeus. Apesar da Constituição da República Portuguesa, desde o ano de 1974 salvaguardar o direito à segurança económica, direito a condições de habitação, convívio familiar e comunitário, evitando-se situações de marginalização e isolamento, só a partir da década de 80 é que o Estado assume um papel mais forte ao nível da proteção social, nomeadamente através do aperfeiçoar das redes de equipamentos sociais e da criação de mecanismos valorizadores de uma relativa independência e autonomia dos idosos. Assume-se, a partir de então, uma perspetiva diferente relativamente ao idoso, onde este não representa “um encargo para a sociedade”, evidenciando-se como parte ativa e determinante desta, sendo um “cidadão na plena maturidade; jurídica e socialmente igual aos demais cidadãos” (Cardoso et al., 2012, p.615).

Esta nova perspetiva sobre os idosos vem sendo construída ao longo das últimas décadas, traduzindo-se em debates e esforços internacionais que responsabilizem os governos de cada país a garantir o cumprimento de medidas que proporcionem a

vivência da velhice com dignidade. Sob a perspectiva de que cada indivíduo é uma história única desde o nascimento até à morte, envelhecer reveste-se de significados diferentes não havendo um processo único de transição para a velhice, dado que esta se instala progressivamente em cada um de nós (Oliveira, 2010).

A emergência de uma nova conceção do envelhecimento e de respostas para esta faixa etária estão imersas em dilemas com que se depara o Estado Providência, dado que as questões específicas em termos de políticas sociais não são fáceis de conciliar com a agenda de investimento social. A complexidade do conceito de cuidar está tradicionalmente ligado à família e, nomeadamente, ao papel da mulher, porém assistimos a profundas transformações na sociedade portuguesa que vêm modificar algumas dessas conceções e evidenciar a necessidade de emergência de outras. Desde os anos 90 que assistimos a uma modernização da vida familiar, sendo que a valorização da independência económica e residencial se constitui como um indicador muito pertinente (Wall, Cunha, & Ramos, 2011). Nas últimas décadas, as famílias portuguesas têm alterado por força das circunstâncias esta estrutura doméstica, passando de uma vida familiar complexa para uma vida a dois (com o/a seu/sua companheiro/a) e mais tarde, após a viuvez, para uma vida a sós. Podemos compreender estas alterações à luz das mudanças demográficas, das relações de género, dos relacionamentos amorosos, das formas de viver a família, das alterações ao nível do mercado de trabalho, do ensino e dos fluxos migratórios, que contribuem para o acentuar desta problemática (Guerreiro & Caetano, 2011).

Podemos dizer que a “vida a sós” tem maior predominância no interior do país, sendo que o número de idosos que integram formas familiares e domésticas complexas tende a diminuir cada vez mais, uma vez que o grupo alargado da família não se apresenta, na maior parte das vezes, como uma resposta para acolhimento dos idosos, tal como aconteceu noutros tempos (Aboim, 2003). Destaca-se também que com o aumentar da idade existe um aumento da proporção de pessoas viúvas em situação de mono-residência, principalmente quando falamos de uma faixa etária acima dos 75 anos de idade (Guerreiro & Caetano, 2011). Neste sentido e dadas as peculiaridades desta faixa etária e os desafios com que se deparam, muitos idosos tentam encontrar estratégias que possam suprimir as suas dificuldades quotidianas, de forma a manter a sua residência, sendo elas por exemplo a procura de apoio social junto da família, de amigos ou vizinhos; a manutenção de uma vida ativa, praticando algumas atividades de lazer e participando em atividades da comunidade; e comportamentos marcados pela religiosidade, onde procuram obter mais saúde e evitar a solidão. Muitos idosos

procuram apoio junto das pessoas mais próximas, nomeadamente dos filhos com residências próximas das suas, assegurando-lhes também bastante apoio, numa relação recíproca, através do auxílio económico ou suporte aos netos, o que de alguma forma colmata a baixa autoestima que se desenvolve com a perceção de dependência do outro (Costa, Nakata, & Morais, 2015). Ainda assim, nem sempre esta relação recíproca de assistência existe e ao isolamento juntam-se questões relacionadas com a autonomia, com a dificuldade em desempenhar tarefas quotidianas elementares, como a preparação de refeições ou a higiene pessoal (Capucha, 2005), tornando evidente a necessidade de equacionar uma resposta que permita suprimir as necessidades que se tornam evidentes.

Culturalmente, em Portugal, o papel de cuidar é atribuído à esfera familiar, o que continua de alguma forma enraizado, sobretudo nas comunidades rurais do interior do país que se pautam pelo dever da reciprocidade, de solidariedade e do peso dos costumes, numa tentativa de retribuição do esforço dos pais (Pimentel, 2001; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). No entanto, assistimos a uma incapacidade de resposta cada vez maior por parte destes cuidadores primários, fruto da alteração das estruturas domésticas, das exigências em termos laborais e também de condicionalismos como a proximidade geográfica, a disponibilidade de tempo, a relação entre cuidador e a pessoa que recebe o cuidado e da interiorização de normas e valores (Carvalho, 2009; Pimentel & Albuquerque, 2010). Esta incapacidade da família, que não deve ser vista pelo olhar da indisponibilidade no sentido de desresponsabilização, acontece também porque o cuidador, muitas vezes isolado na prestação de cuidados no seio da família, começa a sofrer consequências físicas e emocionais, decorrentes da sobrecarga de trabalho e da adequação e limitação da sua vida pessoal e social em função de outros (Martinez, 2005). O cuidado acaba por ser transferido para um grupo profissional de cuidadores formais, que pertencem a entidades privadas ou particulares, com ou sem fins lucrativos, como é o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social, que em Portugal proporcionam vários tipos de resposta para esta população (Neto & Corte-Real, 2013). A institucionalização dos idosos é muitas das vezes considerada tabu, envolvendo valores, responsabilidades, crenças e necessidades, gerando tensões familiares, sentimentos de culpa, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao novo espaço habitacional (Carvalho & Dias, 2011). Esta opção surge para a família, ou para os idosos sem família, como a última alternativa ponderada uma vez que apresenta ainda uma conotação negativa (Pimentel, 2001) e que impõe a exclusão da sociedade e das relações sociais.

As respostas às pessoas idosas encontram-se pensadas em função das suas necessidade e autonomia (funcional) dividindo-se em sete tipos: a) o serviço de apoio domiciliário, levado a cabo por uma equipa que auxilia nos cuidados e serviços as pessoas que ainda estão no seu domicílio, em situação de dependência que não lhes permite assegurar a satisfação das necessidades básicas e quotidianas e que é prioritário para pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas em situação de dependência; b) o centro de convívio, que se apresenta como um equipamento social que organiza atividades culturais e recreativas que envolvem as pessoas da comunidade, constituindo-se como resposta para todas as pessoas residentes numa determinada área, com mais de 65 anos; c) o centro de dia, que funciona durante o dia e que presta serviços que colmatam algumas necessidades, mas que permite manter as pessoas no seu meio familiar e social, constituindo-se como resposta para todas as pessoas com mais de 65 anos; d) o centro de noite, que visa o acolhimento noturno de pessoas que durante o dia permanecem na sua habitação mas que necessitam de acompanhamento durante a noite, por se sentirem sozinhas, isoladas ou inseguras destinando-se a pessoas com mais de 65 anos que estejam autónomas, sendo que poderão existir exceções para pessoas com idade inferior; e) o acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência, que pode ter um cariz temporário ou permanente, assegurado em casa de famílias idóneas e com competências para dar resposta às necessidades das pessoas, destinado a pessoas a partir dos 60 anos; e f) estrutura residencial para pessoas idosas (a partir dos 65 anos, podendo também existir exceções, dependendo do caso), que visa o alojamento coletivo, também ele temporário ou permanente, onde se desenvolvem atividades de apoio social e se prestam cuidados de enfermagem (Instituto da Segurança Social, 2015).

Uma vez que os idosos a que se refere este estudo se encontram em estruturas residenciais para pessoas com mais de 65 anos, apresentaremos uma descrição mais pormenorizada sobre esta resposta. Tal como publicado em Diário da República, consideram-se como objetivos de uma estrutura residencial para idosos: a) proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (Portaria n.º 67/2012, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012). Tal como refere o Artigo 7º, a estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) tipologias habitacionais, tal como apartamentos ou moradias; b) quartos ou c) tipologias habitacionais em conjunto com

alojamento de quartos. Neste sentido, as instituições que fazem parte do estudo correspondem à modalidade b) quartos.

As estruturas residenciais para idosos têm uma capacidade máxima de 120 utentes, proporcionando um conjunto diversificado de atividades e serviços, tais como: alimentação, cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupa, higiene de espaços, cuidados de enfermagem e administração de fármacos quando prescritos, atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais e apoio no desempenho de atividades da sua vida diária. Estas estruturas devem ainda permitir a convivência social, através do estabelecimento da relação com outros residentes, com familiares, amigos, com cuidadores ou outros membros da comunidade, bem como a participação dos familiares no apoio ao residente sempre que seja possível e que isso contribua para o bem-estar do mesmo (Portaria n.º 67/2012, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

Segundo o Instituto da Segurança Social (n.d.) “A qualidade de vida das pessoas idosas que habitam em estruturas residenciais depende da articulação de um conjunto complexo de fatores organizacionais e relacionais que tenha como objetivo nuclear o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerado na sua individualidade como sujeito de direitos vivendo uma fase da vida muito relevante no percurso da sua realização como pessoa.” e acrescenta posteriormente que “O cuidar deve ser visto como relacional e afetivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efetiva prestação de serviços” (p.13).

O cuidado é, como podemos constatar, um aspeto muito importante da qualidade de vida das pessoas idosas. Nesse sentido Sequeira (2010) considera que o cuidador formal é uma pessoa que está capacitada para auxiliar o idoso que está limitado na realização das suas tarefas, e que a este são exigidas competências tais como conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, conseguir lidar com a sua doença e sintomas, problemas de personalidade ou de ordem familiar, apoiando-o na realização das tarefas e necessidades quotidianas.

Apesar da imagem negativa e da falta de condições e de qualidade que se atribuem às estruturas residenciais de uma forma geral e do “internamento/institucionalização” ser encarado como um projeto de vida de último recurso, existem equipamentos que apresentam condições bastante dignificantes ao nível dos equipamentos, condições de higiene e conforto (Pimentel, 2001). Ainda assim, sabemos que esta mudança envolve sempre sentimentos ambivalentes, pois implica de alguma forma uma quebra do padrão de vida que as pessoas levam até então. Torna-se, como é natural, difícil reorganizar a

vida face à presença de novos fatores que passam a fazer parte do dia-a-dia e que diferem daqueles a que os idosos estão habituados na sua casa e na comunidade à qual pertencem. Ainda que as condições materiais possam ser vistas como boas, a maioria das respostas não está preparada para proporcionar um serviço individualizado que tenha em conta as especificidades de cada indivíduo e a falta de sensibilidade dos agentes institucionais no tratamento dos idosos pode ser uma forte penalização para os mesmos (Guedes, 2008; Pimentel, 2001). Surge então a necessidade de se pensar em formas de dignificar realmente a vida das pessoas idosas nestes contextos, de ultrapassar o sentimento de dependência face à instituição e de não envolver na sua rotina por falta de ligações e relações afetivas que lhes permitam sentir-se parte integrante daquele espaço. As posições de resignação e de conformismo estão muitas vezes associadas a sentimentos de impotência, inutilidade, incapacidade e até mesmo “desejo de morrer” por parte dos idosos (Pimentel, 2001), o que remete para a urgência de pensar além das condições materiais valorizando e promovendo a qualidade de vida nas suas diversas dimensões.

Capítulo II. Qualidade de vida, direitos e envelhecimento

1. Qualidade de vida

O estudo da qualidade de vida (QdV) relativamente a esta faixa etária é recente, pois só com a alteração da pirâmide etária começou a existir uma maior preocupação com a forma como os idosos experienciam esta fase da vida (Marques, Sánchez, & Vicario, 2014). Alia-se a este facto também o interesse do poder político em reduzir a despesa pública e responder aos desafios físicos, sociais e psicológicos que se começaram a evidenciar, nomeadamente em termos da manutenção da mobilidade, independência e de participação social dos idosos (Bowling & Zahava, 2004).

A Organização Mundial de Saúde definiu em 1995 o conceito de qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p.28). O conceito de qualidade de vida pode ser interpretado de diversas formas e vários autores encontram definições e dimensões diferentes, o que de alguma forma enriquece o estudo do conceito, mas evidencia a inexistência de uma perspetiva única (Bowling & Windsor, 2001). Tal acontece porque este conceito tem uma índole complexa e abstrata que se traduz na sua multidimensionalidade (Fernández-Ballesteros, 1998; Irigaray & Trentini, 2009). A maioria dos investigadores evidencia que o mais importante a ter em conta é

exatamente o reconhecimento deste quadro multidimensional, bem como a percepção do sujeito sobre o seu bem-estar e não tanto o número de dimensões que cada autor propõe pois estas derivam do quadro conceptual pelo qual optam e das fontes de recolha de dados utilizadas (Schalock & Verdugo, 2010). Uma vez aceite a multidimensionalidade inerente a este conceito, um grupo de investigadores que trabalhou na validação e aplicação do conceito de qualidade de vida, definiu quatro princípios que envolvem a qualidade de vida, sendo eles: a) o grau em que as pessoas têm experiências de vida que valorizam; b) a presença de dimensões que contribuem para uma vida plena; c) a importância dos contextos ambientais físicos, sociais e culturais e d) as experiências comuns e únicas vividas pelos sujeitos (Brown, como citado em Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005).

Segundo Cummins, McCabe, Romeo, Reid e Watters (1997) e Bowling e Windsor (2001), a qualidade de vida apresenta uma dimensão objetiva (relacionada com aspectos concretos como emprego, habitação e educação) e uma dimensão subjetiva (relacionada com bem-estar social e emocional, felicidade e satisfação com a vida), que se relacionam numa dinâmica entre as condições reais de vida do indivíduo e a sua percepção acerca destas (Perry & Felce, 2005).

Para Schalock (2004), o conceito de qualidade de vida surge como uma noção sensível que nos fornece pistas sobre a perspectiva individual dos sujeitos, permitindo uma construção social que poderá ser usada para melhorar o bem-estar de um indivíduo e do meio em que está inserido. Este autor identifica as seguintes dimensões: bem-estar emocional (o autoconceito, a satisfação com a vida e a ausência de sentimentos negativos); relacionamentos interpessoais (relações familiares, de amizade e sociais); bem-estar material (o estatuto económico e a posição no trabalho); desenvolvimento pessoal (educação e competências pessoais); bem-estar físico (aspectos relacionados com a saúde); autodeterminação (autonomia, valores pessoais e escolhas); inclusão social (integração na comunidade) e direitos (direitos humanos e legais). Este modelo foi alvo de estudo e validado, chegando-se à conclusão de que estas dimensões serão semelhantes para todas as pessoas, embora possam variar em termos de importância ou significado para cada uma delas (Schalock, Keith, Verdugo, & Gómez, 2010).

Um estudo realizado por Borglin, Edberg e Hallberg (2005) pretendeu conhecer a experiência da qualidade de vida em idosos mais velhos, dado que na sua opinião as investigações com idosos com mais de 80 anos são ainda escassas. Para tal realizaram entrevistas a um total de onze participantes entre os 81 e os 86 anos, que residiam nas suas casas. Neste estudo foram encontrados através da análise das verbalizações

temas como: a ligação à vida, que implicava uma visão positiva da vida como estratégia pra lidar com as mudanças significativas do envelhecimento; a satisfação com o corpo e a mente, que significava a procura de atividades para manter o equilíbrio no dia-a-dia; relações significativas, que revelavam a necessidade de estar em relações saudáveis e recíprocas com os outros; e as condições de vida, que remetem para os bens materiais, para a habitação e para os serviços disponíveis na comunidade. De uma forma geral, os investigadores compreenderam que o significado da qualidade de vida havia sido expresso por relação com a preservação do “eu”, face às mudanças emergentes nas suas vidas (estado de saúde, morte pessoas significativas, dependência, poder económico) e com o sentido da existência (na relação com os outros e com o meio). Os idosos consideraram como fatores importantes para sua qualidade de vida os valores, as recordações da vida anterior, atividades, saúde, pessoas significativas, poder económico e casa, sendo a relação positiva ou negativa entre tais fatores evidenciava a experiência da preservação do eu e o significado que atribuíam à vida. Assim, uma das principais conclusões deste estudo foi a de que a capacidade do idoso em adaptar-se às mudanças que ocorrem na sua vida e a possibilidade de preservar a sua imagem face a estas é uma condição indispensável para a qualidade de vida, tendo mais significado que qualquer dimensão ou conjunto de dimensões por si só. O sentimento de continuidade, de um percurso de vida coerente e significativo foi um dos resultados mais interessantes deste estudo, uma vez que os autores afirmam que a capacidade de resumir a vida a partir de um linha temporal coerente facilita a manutenção da identidade e permite uma vivência atual com maior qualidade.

Murakami e Scattolin (2010) pretenderam também conhecer a qualidade de vida de um grupo de idosos com idades compreendidas entre os 53 e os 99 anos, que residiam numa instituição para idosos. Para tal, utilizaram como instrumento de recolha de dados o WHOQOL-bref. Através do questionário sociodemográfico que antecedeu a aplicação do instrumento, verificou-se que a maioria das entradas na instituição foram motivadas pela decisão dos filhos e/ou familiares, sendo que os idosos que o tinham feito por sua vontade referiam como motivos a segurança, morte do cônjuge, incapacidade física e/ou financeira. Relativamente à qualidade de vida, os autores referem que esta depende da vivência emocional atual de cada indivíduo, que está intimamente ligada às condições e acontecimentos da sua vida. Por ordem crescente de satisfação foram identificadas as seguintes componentes: participação social, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, funcionamento dos sentidos, intimidade e morrer, sendo que de forma geral os indicadores revelam a qualidade de vida como pouco comprometida.

Acrescenta-se ainda que a independência funcional apresenta uma forte relação com a qualidade de vida.

Em Portugal um estudo de natureza qualitativa realizado por Marques et al. (2014), com um grupo de 48 idosos entre os 65 e os 91 anos que residiam nas suas casas, visou compreender a perceção destes sobre a qualidade de vida. Os autores identificaram como mais relevantes e pela ordem que se apresentam, as seguintes categorias consideradas como parte fundamental da qualidade de vida: bem-estar pessoal (sendo referidos aspetos relacionados com a saúde, doença e perdas relacionadas com o envelhecimento); ocupação (incluindo o ócio, o trabalho e o voluntariado, sendo referidos como ocupação de tempo factual ou atividades que gostariam de realizar); relações interpessoais (referência à família, amigos e vizinhos, numa perspetiva de fonte de ajuda e suporte social); e por fim as condições económicas (sendo abordado o conforto do ambiente físico, os bens materiais e o dinheiro). É de salientar que estudos anteriores evidenciam igualmente a saúde como um dos aspetos mais referidos e que embora os significados que os idosos lhes atribuem sejam diversos, estão sobretudo relacionados com o medo da dependência, da morte, de perdas e doenças. Ainda assim, a compreensão das dimensões encontradas através de pesquisas quantitativas é limitada, dado que as mesmas não exploram a experiência e significado individual da qualidade de vida (Browne et al., 1994).

No mesmo sentido de exploração e compreensão da experiência dos sujeitos, Howell e Cleary (2007), decidiram estudar as perceções de qualidade de vida de idosos em meio rural numa região dos Estados Unidos, utilizando entrevistas com um grupo de 4 idosos, entre os 73 e os 93 anos, que residem nas suas casas. O estudo partiu do facto de a literatura evidenciar que idosos em áreas rurais têm preocupações próprias relacionadas com a manutenção da qualidade de vida, dado que têm um acesso limitado aos cuidados de saúde, à rede de transportes, às atividades da comunidade, bem como menores oportunidades de socialização. Estes autores identificaram seis temas que refletiam os aspetos mencionados pelos idosos como importantes, sendo eles: a autonomia (realçando-se a sua importância ao longo do processo de envelhecimento, descrevendo-a como a sensação de independência, a oportunidade de escolher atividades e a liberdade para integrarem os diversos espaços da comunidade); o altruísmo (referindo como importante o voluntariado e a prestação de apoio financeiro e emocional a outros, centrando-se na comunidade de forma geral e na família); a ocupação (relatando a importância da participação em atividades significativas); a responsabilidade pela própria qualidade de vida (referindo a importância de procurar

atividades, manter amizades e sistemas de apoio social); a importância da comunidade (refletindo o sentimento de pertença ao lugar, centrado nos amigos e nos grupos que se criam nas pequenas comunidades rurais); e por fim a mudança nos relacionamentos (evidenciando que à medida que envelhecem as relações se alteram, fruto também da vivência da viuvez e da necessidade de sentir que se está acompanhado). Os autores evidenciaram que apesar da literatura sugerir que os idosos em meio rural relatam uma qualidade de vida mais baixa devido a essa condição, os resultados deste estudo não o confirmam. É referido ainda que os profissionais de saúde e outros agente sociais e comunitários devem compreender o que realmente significa para os idosos “ter qualidade de vida” para que possam mobilizar e adequar aos seus recursos às necessidades evidenciadas. Importa referir que as pessoas em função da idade têm concepções diferentes sobre os aspetos mais importantes para a sua qualidade de vida, fazendo priorizações diferentes (e.g., trabalho vs família). Assim, por exemplo, as pessoas que vivem em estruturas residenciais podem priorizar a capacidade de controlar as suas vidas e a organização dos seus dias como algo muito importante, contrariamente àquelas que vivem nas suas casas (Bowling & Zahava, 2004). Segundo Borglin et al. (2005), a experiência da qualidade de vida ainda não é muito conhecida em pessoas mais velhas (com mais de 80 anos) existindo uma necessidade premente de compreender o seu significado. Começam a surgir alguns estudos neste sentido (Marques et al., 2014) embora a maioria dos estudos qualitativos que abordam a qualidade de vida, sejam realizados com idosos não institucionalizados. Igualmente Mckee, Kostela e Dahlberg (2015) consideram que a compreensão do envelhecimento e da qualidade de vida através de uma metodologia qualitativa relativamente a idosos que frequentam estruturas residenciais é ainda escassa. Iremos em seguida debruçar-nos em maior profundidade sobre algumas dimensões da qualidade de vida na medida em que as mesmas se constituem como um foco central do nosso estudo. Embora os direitos também sejam segundo Schalock (2004) uma das dimensões da qualidade de vida estes serão abordados num ponto à parte deste capítulo, pois entendemos que a sua existência é uma condição indispensável à vivência de uma velhice digna e com qualidade. Como a autonomia é considerada por alguns autores (e.g., Schalock, 2004) como uma dimensão da qualidade de vida vamos abordá-la neste capítulo como um subponto do mesmo. No entanto no nosso estudo empírico a autonomia foi explorada como um direito específico, i.e., decorrente do poder de decisão ou seja enquanto possibilidade de implementação de decisões.

1.1. Autonomia

Existe ainda alguma confusão relativamente aos conceitos de autonomia e independência, sendo que frequentemente estes acabam por ser utilizados como sinónimos devido aos limites ténues entre eles (Hammarström & Torres, 2010). Podemos de facto utilizar estes conceitos de forma complementar, uma vez que a autonomia diz respeito a um diverso conjunto de noções, que incluem a autodeterminação, a liberdade, independência e liberdade de escolha e ação, sendo que de uma forma geral esta diz respeito à capacidade e liberdade de tomar decisões (Collopy, 1998; Welford, Murphy, Wallace, & Casey, 2010). Por sua vez, a independência corresponde à capacidade de resposta da pessoa às suas necessidades quotidianas, podendo esta constituir-se como dimensão da própria autonomia, com cariz mais “físico”, de liberdade de movimento (Ball et al., 2004). Podemos associar à independência o conceito de “competência de vida diária”, que se traduz na capacidade do sujeito idoso para funcionar de forma eficaz nas tarefas do seu quotidiano (Schaie & Wills como citado em Fonseca, 2006).

Kasser e Ryan (1999) afirmam que a autonomia diz respeito essencialmente à sensação de que é o sujeito quem decide o seu próprio comportamento, caracterizando-se as ações por um sentimento de liberdade e implicando o sujeito no seu dia-a-dia, o que se apresenta como fundamental para as pessoas que estão institucionalizadas. Num estudo realizado por Carvalho e Dias (2011) com idosos institucionalizados, a autonomia surge como um aspeto de grande importância. Tal é compreendido à luz do discurso dos sujeitos que referem um passado ligado à terra e à agricultura, ou seja, um passado com uma conotação de força física, autonomia e liberdade.

O conceito de autonomia foi já estudado por vários autores, no entanto poucos são os estudos que realmente procuram compreender os significados que as pessoas idosas lhe atribuem, bem como a forma como a vivenciam, o que dificulta a transposição dos aspetos teóricos sobre a importância desta para a sua efetivação na prática. Não obstante, distinguir-se-ão duas de seis polaridades da autonomia propostas por Collopy (1998), de forma a clarificar o conceito, tais como: a) autonomia de decisão, relativa à capacidade do sujeito tomar decisões de forma livre sem coerções *versus* autonomia executiva, que consiste na capacidade e liberdade de atuar sobre a autonomia de decisão, ou seja, de implementar as escolhas pessoais. Convém destacar que a autonomia deveria ser decisiva e executiva, no entanto isto nem sempre acontece, pois apesar de a pessoa ter a capacidade para decidir pode não ter a possibilidade de pôr em prática as suas decisões; b) autonomia direta, relativa à existência de controlo dos

sujeitos sobre as suas escolhas e ações *versus* autonomia delegada, em que os sujeitos permitem que sejam outros a tomar decisões por si.

O estudo realizado por Wikstrom e Emilsson (2014) com idosos e cuidadores evidenciou a existência da crença de que os idosos não têm capacidade, nem se esforçam por manter a sua autonomia (como capacidade de tomar decisões) o que induz a dependência. Isto coloca um dilema à própria instituição, que consiste em optar por proporcionar um ambiente que seja semelhante ao de uma casa ou um ambiente meramente de prestação de cuidados. Apesar disso, é referido que os idosos querem fazer parte das rotinas da instituição, não como clientes, mas como pessoas com conhecimento da sua própria vida, de igual para igual, o que nos remete também para a dignidade do tratamento.

Kane (2003) evidencia que a autonomia está ligada à questão da manutenção da identidade e por sua vez à questão central da qualidade de vida, sendo influenciada em grande medida pela qualidade das relações que se estabelecem, nomeadamente com os cuidadores. Kasser e Ryan (1999) e Tuominen et al. (2015), evidenciam também que quando as perceções sobre autonomia são apoiadas pela família, amigos e pelos cuidadores, assiste-se a um aumento do bem-estar e a uma melhor adaptação por parte dos sujeitos. Relativamente à importância que os idosos institucionalizados atribuem à autonomia, independência e à relação com o cuidador o estudo realizado por Custers, Westerhof, Kuin, Gerritsen e Riksen-Walraven (2012) apresenta resultados interessantes. Relativamente à autonomia, em média a importância é elevada, sendo que existem diferenças substanciais nas opiniões dos idosos, uma vez que uns afirmam que querem tomar decisões (e.g., escolha da roupa), querem ser ouvidos sobre assuntos importantes da instituição e querem ter responsabilidade, ao passo que outros preferem delegar essa função nos cuidadores. Relativamente à independência, existem idosos que consideram ser importante fazer as suas próprias rotinas (e.g., tomar banho), porém existem outros que desvalorizam essa questão e delegam também essa função. No que diz respeito à relação com os cuidadores, a maioria refere essa relação como muito importante, embora a quantidade desejada de proximidade com os cuidadores diferisse, havendo sujeitos que desejam uma maior proximidade afetiva e outros que desejam apenas os cuidados necessários, remetendo a afetividade para a família (Custers et al., 2012).

No que concerne à questão da independência, muitas são as pessoas que acabam por preferir envelhecer nas suas próprias casas pois temem perdê-la ao integrar uma estrutura residencial pautada por um ambiente de vida coletiva. Este medo é, em parte,

explicado pelo desapossamento (“*disempowering*”) presente nos modelos institucionais, que reduzem o sentido de autodeterminação das pessoas, reforçando a sua dependência em função de um ambiente impessoal e com muitas regras (Hillcoat-Nallétamby, 2014). A manutenção da independência é importante na medida em que permite uma maior autoconfiança e uma continuidade da identidade do sujeito, minimizando estigmas e possibilitando o manter da normalidade (Ball et al., 2004). Embora algumas atividades quotidianas não sejam possíveis de realizar da mesma forma ou com a mesma frequência, alguns idosos acabam por encontrar estratégias que lhes permitem continuar a ter uma noção de independência (Baltes & Wahl, 1992), nomeadamente através dos mecanismos de seleção, otimização e compensação que referimos no primeiro capítulo.

1.2. Privacidade e Intimidade

A perda de alguma autonomia de decisão e independência em termos físicos leva a que as pessoas possam experienciar também uma perda da sua privacidade, uma vez que têm de confiar o seu cuidado a outros (Chadwick, 2012; Petronio & Kovach, 1997). Falaremos brevemente do conceito de privacidade e de intimidade e das suas implicações neste contexto de institucionalização, pois ainda que existam regras neste contexto de vida coletiva, estas não devem impedir os idosos de viver as suas vidas de acordo com a sua vontade (Tuominen et al., 2015). O espaço privado é considerado como um mecanismo de controlo interpessoal, uma vez que permite uma maior proximidade ou afastamento relativamente a outros, salvaguardando a intimidade (Bestetti, 2014). A privacidade é um dos elementos que permite aos idosos um sentimento de “estar em casa”, o qual varia consoante as expectativas de cada sujeito. No entanto, a sensação de privacidade pode relacionar-se em grande parte com a adequação do espaço às características das pessoas, nomeadamente através da dimensão das salas que frequentam, da constituição do quarto (número de camas) e personalização do mesmo, da existência de espaços tranquilos e de espaços onde possam conversar com alguém sem ser na presença de outros, com a existência de rotinas e horários estipulados ou com o facto de terem que “abandonar” o autocuidado dos seus corpos para que outros possam fazer aquilo que estes já não conseguem (De Veer & Kerkstra, 2001). A forma como é realizada a rotina de banhos é um indicador importante de privacidade e exige uma relação de confiança e intimidade entre o idoso e o cuidador, para que os sentimentos de desconforto e vergonha sejam minorizados (Petronio & Kovach, 1997).

Podemos também falar de intimidade num contexto relacional mais específico: o das relações amorosas (Lang, 2001). Ser um ser sexual e ter sentimentos sexuais é uma parte do que é o ser humano e não existe um limite de idade para a vida sexual ou para a capacidade de amar e ser amado (Peate, 2004). Apesar das mudanças fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento as pessoas idosas podem ter vida sexual, ainda que muitos possam considerar tal como improvável ou mesmo desagradável, tecendo considerações sobre o que é ou não adequado, enraizando o estereótipo da pessoa idosa como assexuada (Gott & Hinchliff, 2003; Ludeman, 1981). A sexualidade é um conceito bastante amplo e engloba a expressão da identidade sexual, a orientação sexual, o ato sexual e as preferências de uma pessoa através de pensamentos, sentimentos e comportamentos. O conceito pode assumir também a forma de carinho, de romance, de companheirismo, a necessidade do toque e de se sentir amado (Hajjar & Kamel, 2004), o que se constitui como um fator muito importante para a qualidade de vida e bem-estar de um indivíduo (McAuliffe, Bauer, & Nay, 2007). Na vivência de casal existe um desejo de intimidade sexual e emocional, sendo que a vivência dessa mesma relação pode constituir-se como um suporte instrumental, emocional e social, com atividades significativas para os indivíduos, tornando-se o parceiro uma das principais (se não a principal) fontes dessas recompensas (Delamater, 2012). Apesar de existirem alguns estudos sobre este tema, os sujeitos que se encontram em instituições residenciais acabam por estar um pouco à margem, o que poderá dever-se à crença social de que quando uma pessoa atinge uma determinada idade a necessidade de relações amorosas e sexuais termina (Wason & Loeb, 1979). Atualmente existem alguns estudos realizados em instituições residenciais, o que sugere que as próprias instituições e os seus profissionais têm conhecimento de que a sexualidade existe, ainda que muitas destas não estejam preparadas para proporcionar as condições necessárias para o seu desenvolvimento (Darnaud, Sirvan, Igier, & Taiton, 2013; Makimoto, Kang, Yamakawa, & Konno, 2014).

As estruturas residenciais de idosos enfrentam uma realidade em que o idoso não deve ser considerado como um mero paciente a ser tratado, mas como uma pessoa com determinado nível de dependência que tem direito a ser acompanhada e a ver satisfeitos os seus desejos (Darnaud et al., 2013). A falta de privacidade, as atitudes negativas dos cuidadores, a ausência de um parceiro sexual e o foco nas necessidades de segurança inerente a estas instituições podem limitar em grande parte a expressão sexual dos idosos. Mahieu e Gastmans (2015) referem que a maioria dos dados sobre esta temática são obtidos através dos profissionais e não dos idosos, o que evidencia a

necessidade de se compreender os pensamentos e experiências dos próprios relativamente a este tema.

1.3. Identidade Pessoal e Social

Nesta fase do ciclo de vida acontecem várias mudanças, em termos físicos e psíquicos, sendo que a entrada numa instituição residencial pode constituir-se como um acontecimento que exige a mobilização de recursos pessoais com fortes implicações para a qualidade da trajetória de desenvolvimento, em termos de adaptação (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006; Faria & Carmo, 2015). Esta adaptação a um contexto de vivência coletiva, transporta-nos em certa medida para uma ideia de privação da vivência de um mundo com maior estabilidade emocional e independência (Guedes, 2008). Torna-se pois pertinente abordar a manutenção da identidade como um dos fatores que permite uma maior adaptabilidade e conseqüentemente, um sentimento de pertença. A identidade pode ser descrita pela forma como nos vemos (percepção subjetiva da pessoa sobre si) e como imaginamos que os outros nos veem num contexto relacional (Viegas & Gomes, 2007). Segundo Erikson (1968) a identidade constrói-se com base nas experiências que o sujeito tem ao longo da sua vida, através das relações recíprocas que estabelece, definindo-se face a outros, manifestando também uma função adaptativa que permite ao sujeito moldar-se às diferentes situações que encontra. A identidade resulta de um processo de socialização que integra aspetos relacionais e aspetos biográficos que dizem respeito à história de vida do sujeito (Dubar, 1997), e apesar da sua formação ser uma transformação permanente, esta mantém um sentido de unidade e continuidade. É aceite por vários autores que a identidade resulta de uma dialética entre o indivíduo e a sociedade, embora a dimensão social da identidade seja vista por vários autores de diferentes formas (Vala & Monteiro, 2013). Assim, embora cada pessoa tenha a sua individualidade, a construção do autoconceito é inseparável do outro, o que nos mostra que a socialização tem um papel determinante na formação da identidade (Machado, 2003).

Numa tentativa de clarificação e dado que as teorias da identidade agregam vários conceitos (e.g., autoconceito, estereótipos, categorização social) podemos considerar que a identidade surge enquanto característica particular que distingue um sujeito de outro semelhante e que implica uma identidade pessoal e uma identidade para os outros, sendo que estas existem em interação, num processo complexo, já que a identidade pessoal é confirmada pelos outros (Santos, 2005). Tendo em conta esta necessidade de confirmação e reconhecimento, a perda de determinada identidade

social (e.g., identidade profissional) obriga o sujeito a construir novas histórias de vida, novas relações sociais, novos grupos de pertença, o que tem claramente impacto na sua individualidade, podendo em alguns casos esta ficar comprometida (Machado, 2003). Neste sentido, Riedl, Mantovan e Them (2013) evidenciam que a entrada dos sujeitos nas instituições residenciais implica de alguma forma a mudança de estatuto social, uma limitação da autonomia e independência, a diminuição das atividades que eram habituais no dia-a-dia nas suas casas, bem como a dificuldade em chamar a este novo espaço “casa”. A mudança no estatuto social ocorre na maioria das vezes quando se entra na chamada “idade da reforma”, acentuando-se quando o sujeito deixa de realizar as atividades que até então eram comuns no seu dia-a-dia. Sabemos que o trabalho sempre foi uma dimensão fundamental para o desenvolvimento humano e embora tenha concepções e significados diferentes de pessoa para pessoa, é este que permite o sustento da família e uma determinada realização e crescimento pessoal (Bulla & Kaefer, 2003). O significado atribuído ao trabalho é importante, pois em última análise é a negação dos mitos do idoso como incapaz e dependente (Pimentel, 2001). De forma a minimizar as consequências da alteração deste estatuto e de um sentimento negativo inerente, considera-se importante a presença de atividades significativas e satisfatórias na vida dos idosos (Gonçalves et al., 2006), que potenciem as suas capacidades – o chamado envelhecimento produtivo - onde o sujeito pode continuar a tomar decisões de forma significativa. Os defensores do envelhecimento produtivo procuram expandir a visão tradicional de trabalho (como a capacidade de produzir bens e serviços), trazendo atividades construtivas que podem ser do interesse do idoso, como por exemplo: ler por prazer, meditar, refletir, relembrar, visitar amigos e família, viajar, etc (Schuiz, 2001). Nesta linha, emergem novamente os conceitos de autonomia e independência uma vez que a sua “subversão” acaba por constituir-se também como uma barreira à manutenção da identidade. Muitos idosos, durante os primeiros tempos de institucionalização, sentem que os seus esforços para se manterem ativos são pouco valorizados, sendo o comportamento dependente recompensado, não existindo um apoio ou incentivo contrário, o que podemos relacionar com as representações sociais acerca desta faixa etária. Segundo Riedl et al. (2013), ter a liberdade de agir e de sair da instituição quando o sujeito quiser são aspetos que permitem uma maior adaptação e manutenção da identidade.

A ligação dos idosos à sua casa, em termos de significados atribuídos por estes, foi alvo de estudo tendo-se compreendido que a casa está associada ao conceito de privacidade (Cristoforetti, Gennai, & Rodeschini, 2011). Foi verificado existir uma clara distinção

entre o espaço que pertence à esfera pessoal e à esfera pública ao conceito de segurança (enquanto espaço onde a pessoa pode refletir e para onde poderá voltar se algo correr menos bem). Tal assume particular relevância no caso dos idosos que tendem a sentir-se mais inseguros em espaços públicos. Para além disso, a casa é também um espaço de relacionamentos, de objetos e de emoções, que é sentido pela pessoa como uma extensão de si mesma, pois acaba por refletir os seus desejos, esperanças e ações. Esta dimensão emocional, associada aos objetos assume particular importância quando os idosos saem das suas casas e têm apenas um quarto numa estrutura residencial, pois é através dos objetos que podem levar consigo que mantêm vivas as memórias que carregam e que os motivam a contar as suas histórias (Riedl et al., 2013). A possibilidade de levar fotografias, roupas ou mobiliário fortalece a identidade anterior e permite uma maior adaptação através de uma certa perpetuação de memórias de momentos significativos. De acordo com Groger (1995) a “casa” define o “eu”, sendo que em algumas situações a institucionalização penaliza esse “eu” através das múltiplas perdas que induz, sejam elas de objetos, de papéis sociais, de privacidade para dormir, para comer ou para se relacionar. Neste sentido, só é possível que os idosos vejam as estruturas residenciais como a sua casa, se estas lhes permitirem a manutenção de aspetos que os liguem significativamente a ela, se existir uma sensação de envolvimento contínuo com o mundo exterior.

1.4. Relacionamentos e Suporte Social Percebido

Os relacionamentos são um dos aspetos importantes na qualidade de vida (Carvalho & Dias, 2011) pelo que é fundamental compreender a importância das relações na vida dos idosos institucionalizados, nomeadamente em termos de suporte social.

Um dos mitos contemporâneos relativamente às dinâmicas familiares é o de que os idosos são frequentemente abandonados pelas suas famílias. As estruturas familiares têm vindo a sofrer alterações continuando no entanto a ser marcadas pelo suporte e carinho mútuo entre gerações (Bengtson & Terre, 1981), apesar de existirem vários casos em que a satisfação dos desejos pontuais se sobrepõe à assistência recíproca (Slepoj, 2000). Quando falamos em suporte social, falamos do quão estimado, valorizado, acarinhado e pertencente a uma rede na comunidade se sente um sujeito, sobretudo por relação com três aspetos: a) a integração social que diz respeito à frequência de contactos com os outros; b) o apoio recebido que corresponde à quantidade de ajuda efetivamente fornecida; c) o apoio percebido que se baseia na crença de que outros significativos podem ajudar em caso de necessidade (Paúl, 2005).

Neste estudo interessa-nos particularmente compreender o suporte/apoio percebido, uma vez que existem evidências de que a subjetividade desta percepção tem maiores implicações no bem-estar do que medidas objetivas (Jaswal & Singh, 2014). Os contactos sociais são percebidos de forma diferente entre os idosos que se encontram nas suas casas e aqueles que se encontram em instituições, sendo que aquando da institucionalização os contactos diminuem consideravelmente (Riedl et al., 2013). A diferença entre a realidade dos contactos sociais e o desejo da frequência destes contactos poderá ser descrita como solidão (Brimelow & Wollin, 2017), tendo um impacto forte nas questões do bem-estar. O suporte social poderá ser transmitido por múltiplas fontes, tais como amigos, família e colegas de trabalho (Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson, & Rebus, 2005), que constituem a rede de suporte informal e organizações como hospitais, serviços de saúde, médicos, psicólogos, etc., que constituem uma rede de suporte formal (Dunst & Trivette, 1990).

Existem várias funções associadas ao conceito de apoio percebido, sendo que evidenciaremos o modelo de Baron por nos parecer mais claro e integrador (Martins, 2005). Tal modelo refere-se a três aspetos como sendo cruciais: o apoio emocional (i.e., ter outra pessoa com quem falar e que faça o sujeito sentir-se querido, respeitado e amado, demonstrando afeto), o apoio material e instrumental (espelhado na ajuda para resolver problemas práticos ou na realização de tarefas quotidianas) e o apoio de informação (relativo à ajuda prestada para uma melhor compreensão do mundo que o rodeia, possibilitando uma melhor adaptação).

A família desempenha um papel importante na adaptação dos idosos à instituição pois muitas vezes a resistência e conformismo de alguns idosos relativamente à vida neste contexto, com a adoção de estratégias de fuga, acontece por se sentirem privados da relação social exterior a este contexto (Pimentel, 2001). A ausência de familiares mais próximos como cônjuges ou filhos está associada à doença e à mortalidade, sendo que idosos solteiros, viúvos, separados ou sem filhos, são os que recebem menos apoio social, havendo um comprometimento relativamente aos níveis de qualidade de vida (Rodrigues & Silva, 2013). O suporte familiar poderá ter um papel de “amortecedor” nas vivências stressores da pessoa idosa fomentando a resiliência psicológica (Baptista, 2005) e revelando-se importante em termos de satisfação com a vida, uma vez que os idosos com contactos regulares com a família tendem a ter uma atitude mais positiva e a fazer um balanço mais positivo entre a vida passada e a presente (Sequeira & Silva, 2002). No entanto, um estudo realizado por Carvalho e Dias (2011) verificou pelo contrário que a ausência de família ou a falta de apoio familiar não tornaram o processo

de adaptação mais difícil, dado que a falta de apoio familiar se constituiu como um dos motivos da opção pela resposta institucional.

O relacionamento conjugal é tido como a principal fonte de apoio, cuidado emocional e instrumental para a maioria dos adultos casados (Zettel & Rook, 2004). Quando o indivíduo se depara com a morte do cônjuge sofre a perda do seu principal suporte, procurando depois a substituição das suas funções por outros membros da rede social, tal como acontece noutras fases do ciclo de vida. No entanto, essa mesma “substituição” pode não garantir ao sujeito o apoio que deseja, não compensando a relação perdida. Para Pochintesta (2016), a viuvez é um fenómeno com fortes implicações na identidade dos sujeitos, uma vez que traz mudanças na organização da vida diária (tal como a mudança de residência), alterações nas fontes de apoio social percebido e sentimentos de solidão. Importa também referir os amigos enquanto elemento de suporte essencial, apesar de que com o avançar da idade os idosos pareçam confiar mais no apoio dos familiares e aceitar a solidão que engloba o distanciamento dos amigos mais íntimos (Holmen & Furukawa, 2002). A rede de suporte social tem uma função protetora, existindo diferenças substanciais entre amigos e família, sendo que são os amigos que conferem um maior suporte a nível de suporte emocional (e.g., confidências) numa espécie de cumplicidade geracional (Giles, Glonek, Luszcz, & Andrews, 2005). Na mesma linha, Rodrigues e Silva (2013) num estudo realizado com idosos, verificaram que mais de metade dos inquiridos recebia mais apoio social dos amigos de fora da instituição, o que revela alguns conflitos familiares, decorrentes também do próprio processo de institucionalização. Podemos então dizer que o suporte social tem um efeito direto sobre o bem-estar, uma vez que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico, promovendo a adaptação dos indivíduos quando estes se deparam com situações normativas (e.g., perda do cônjuge e perda de funcionalidade). Para além disso, apresenta um efeito protetor (Martins, 2005), na medida em que este funciona como moderador de outras forças que influenciam o bem-estar.

1.5. Bem-estar

A presença do bem-estar é indiscutível quando falamos de qualidade de vida, sendo que como já vimos este pode ser considerado em termos físicos, emocionais, sociais e psicológicos. Um dos preditores de uma vida saudável é a felicidade (Machado & Bandeira, 2012). A existência de felicidade é também um dos atributos de vida gratificante podendo significar prazer e satisfação, resultando de emoções positivas e da forma como a pessoa reage face às circunstâncias da sua vida (Diener, Scollon, &

Lucas, 2003). Apenas a partir do séc. XX psicólogos e outros investigadores manifestaram interesse pelo estudo da felicidade, tentando compreendê-la através de estudos empíricos, tendo emergido então a chamada Psicologia Positiva e o bem-estar como interesse premente (Diner et al., 2003).

Durante algum tempo o bem-estar foi associado apenas a uma situação confortável, que incluía aspetos como comida, habitação, saúde e dinheiro, posteriormente os seus contornos alteraram-se começando a refletir também aspetos não visíveis, tal como os objetivos pessoais, a segurança e dignidade pessoal, entre outros (Sousa et al., 2003). Neste sentido, importa distinguir duas perspetivas que dominam na esfera da psicologia e que se confundem por vezes por decorrerem de interesses comuns: o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo (BES) baseia-se na identificação do nível de felicidade e satisfação dos indivíduos, sendo a felicidade considerada como uma motivação indispensável para a vida, enquanto que o bem-estar psicológico diz respeito à operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico, que se apresentam como essenciais à saúde mental dos indivíduos, sendo que a felicidade se apresenta como apenas uma componente do desenvolvimento (Novo, 2005; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

O BES pode ser utilizado como uma medida de avaliação, uma vez que este é composto por três componentes essenciais: a satisfação com a vida (dimensão cognitiva), a presença de humor positivo e a ausência de negativo (dimensão emocional), sendo a componente do humor comumente denominada de “felicidade” (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar subjetivo, numa perspetiva hedónica, reflete essencialmente a forma como uma pessoa avalia a sua vida de forma global, sendo que os componentes mencionados estão moderadamente correlacionados e cada um deles oferece informações particulares sobre a qualidade subjetiva da vida de alguém. Relativamente à componente “satisfação com a vida”, podemos dizer que esta reflete um julgamento cognitivo sobre as condições gerais da vida, numa relação entre as metas desejadas e aquelas que foram alcançadas (Guedea et al., 2006). Normalmente as pessoas não ponderam todos os aspetos da vida antes de fazer essa avaliação, encontrando pequenos atalhos e informações mais acessíveis no momento para o fazer, podendo recorrer a comparações com padrões importantes, por exemplo comparando os domínios da sua vida com aqueles que consideram um modelo social. Apesar disso, parece existir alguma estabilidade temporal nestas avaliações, uma vez que os domínios mais importantes da vida remetem para informações que se mantêm ao longo do tempo (Diener et al., 2003). A satisfação com a vida é comumente medida através

de escalas sendo um exemplo ilustrativo a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), composta por cinco questões sobre a percepção da vida que o indivíduo pontua também numa escala de *likert* de 7 pontos que vai de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

A satisfação com a vida implica também informações afetivas, existindo uma associação entre bem-estar afetivo e cognitivo, o que evidencia por exemplo que a experiência diária de emoções positivas poderá indicar uma maior satisfação com a vida. Esta reporta-se à avaliação do sentimento global da pessoa, tendo em conta a sua própria perspetiva, compreendendo os critérios que utilizam e as diferenças individuais existentes (Diener et al., 2003). A dimensão emocional do bem-estar subjetivo é baseada numa estrutura bidimensional de afetos positivos (experiência de emoções e sentimentos agradáveis) e de afetos negativos (experiência de emoções e sentimentos desagradáveis). Nesta experiência emocional subjetiva está implícita a frequência e intensidade dos acontecimentos, sendo que a longo prazo a intensidade acaba por ser menos importante que a frequência (Diener & Lucas, 2000), dado que as experiências de grande intensidade são raras e podem trazer custos para o sujeito. Esta dimensão emocional do BES é comumente avaliada através da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), que apresenta palavras que descrevem sentimentos e emoções, onde o indivíduo indica como se sente normalmente numa escala de *likert* de 5 pontos (entre “muito raramente ou nunca” e “extremamente”). O bem-estar psicológico (BEP), perspetiva eudemónica trazida por Keyes em 1998, baseia-se na integração de vários conceitos de diferentes áreas teóricas como é o caso da psicologia do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental, assumindo um carácter amplo e multidimensional (Lima & Novo, 2006). Contrariamente à perspetiva subjacente ao BES, a felicidade não é considerada como um objetivo em si mesmo, mas como um produto que resulta do desenvolvimento e da realização humana, identificando-se seis áreas de desenvolvimento potencial (Siqueira & Padovam, 2008): autonomia (tendo como indicador o locus interno e o uso de padrões internos de avaliação); aceitação pessoal (referente ao grau de autoconhecimento, funcionamento ótimo e maturidade); crescimento pessoal (através do qual se superam desafios nas diferentes fases da vida); relações positivas com outros (estando presentes sentimentos como empatia, amor e amizade); propósito na vida (numa perspetiva de manutenção de objetivos e significado perante a vida); e domínio sobre o ambiente (a capacidade de escolher ou criar ambientes adequados àquilo que deseja). Embora estas dimensões sejam também tradicionalmente investigadas com recurso a escalas psicométricas (e.g.,

EBEP de Ryff,1989), é necessária e útil uma investigação assente em metodologias qualitativas (Machado & Bandeira, 2012).

Podemos ainda referir outro tipo de bem-estar, o bem-estar social na medida em que o indivíduo é um ser social e que muitas das suas necessidades se pautam pela interação com os outros. O bem estar social foca-se nas tarefas sociais encontradas pelos adultos nos seus contextos de interação e na forma como os indivíduos funcionam em termos dos papéis que desempenham como cidadãos, vizinhos, colegas de trabalho, etc. (Keyes & Magyar-Moe, 2003). Este tipo de bem-estar engloba as seguintes dimensões: integração social, contributos sociais, coerência social, aceitação social e realização social, medidas por exemplo através da *Social Well-being Scales* de Keyes (1998). Tal como nos diz Novo (2005) o modelo de bem-estar social “inscreve-se também neste modelo da eudaimonia e do desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais, com responsabilidades a assumir, tarefas a cumprir e com direitos essenciais a fruir” (p.184).

A proposta de Keyes e Magyar-Moe (2003) é a da existência de um modelo mais abrangente de compreensão do bem-estar subjetivo, que tenha em consideração os múltiplos aspetos de um indivíduo e das suas interações na sociedade, sendo que este modelo de bem-estar subjetivo incluiria os elementos da felicidade percebida e satisfação com a vida, o equilíbrio entre afetos positivos e negativos, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Podemos dizer que este modelo se organiza em torno de dois vetores, um que identifica a vitalidade emocional e o outro a adaptação, o desenvolvimento e a funcionalidade (Novo, 2005). Num estudo realizado por Clemente, Frazão e Mónico (2012), com idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificou-se uma perceção superior de bem-estar subjetivo por parte dos idosos não institucionalizados. Esta perceção foi também mais positiva para idosos solteiros ou divorciados, seguindo-se dos idosos casados e por último dos viúvos.

Em suma, a única forma de compreender se as pessoas vivem a vida que desejam é perguntando-lhes, pois somente elas podem experienciar o positivo e o negativo e julgar se estão ou não satisfeitas. O bem-estar subjetivo é então a avaliação que as pessoas fazem, individualmente, das suas vidas, sendo que este é um especto que envolve múltiplos fatores e dimensões, o que implica tanto avaliações emocionais como avaliações cognitivas.

2. Direitos da pessoa idosa

Iremos abordar a problemática da inclusão social e dos direitos humanos e legais na medida em que ambos se constituem como aspetos importantes da qualidade de vida dos indivíduos. O conceito de exclusão social emerge nos anos 70 do século passado com Lenoir reportando-se a uma grande variabilidade de problemas socioeconómicos (e.g., desemprego, pobreza e envelhecimento) que levam a vulnerabilidades sociais. A exclusão social é considerada um processo dinâmico e multidimensional que nega a indivíduos ou grupos respeito, reconhecimento, direitos, acesso a oportunidades e serviços de qualidade (e.g., Silver, 2005; Mazza, 2004; Sheppard, 2006). Os idosos são um dos grupos vulneráveis à exclusão social, sobretudo se viverem em situações de carência ou se os seus laços sociais estiverem de alguma forma quebrados. O combate a tais vulnerabilidades e à exclusão social é uma função essencial do estado e da sociedade (Kowarick, 2003), devendo assentar na igualdade de oportunidades e equidade social, na valorização das pessoas, independentemente das suas diferenças, e na criação de estruturas que possibilitem a escolha, envolvimento em decisões, disponibilidade de oportunidades e recursos que possibilitem a sua participação plena (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011).

Apesar do progressivo envelhecimento da população ter vindo a originar diversas medidas legislativas neste domínio, a forma como a sociedade em geral olha o envelhecimento constitui-se igualmente como uma das alterações necessárias. As orientações ou alterações legislativas que abordaremos em seguida plasmam em parte a direção das mudanças visadas relativamente às conceções sobre os idosos e sobre o envelhecimento, bem como sobre os direitos nesta faixa etária e as características das respostas a implementar.

Em termos internacionais, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma carta de princípios para o idoso (Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas), onde são referidos direitos como: independência (acesso a alimentação, moradia, trabalho, educação permanente, viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência); participação (permanecer integrado na sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetem o seu bem-estar); assistência (acesso a assistência da saúde, acesso a meios apropriados de atenção institucional que proporcionem proteção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social num ambiente humano e seguro); auto-realização (acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade e oportunidades para desenvolver as suas potencialidades); dignidade (viver com dignidade e segurança sem ser objeto de

exploração e maus-tratos, ser tratado com justiça independentemente da sua condição económica, idade, sexo, raça, etnia ou deficiência).

Os Estados-Membros do Conselho da Europa subscreveram, em 1996, a Carta Social Europeia, que prevê no seu Artigo 23º o direito das pessoas idosas a proteção social, sendo referido que os estados devem comprometer-se a tomar ou a promover medidas que permitam às pessoas idosas: a) permanecer durante o maior período de tempo membros de pleno direito da sociedade, possibilitando-lhes os recursos suficientes que permitam uma existência digna, uma participação ativa na vida pública, social e cultural, bem como informações sobre os serviços e equipamentos disponíveis para esta faixa etária; b) escolher livremente o seu modo de vida e ter uma vida independente no seu ambiente habitual enquanto o desejarem e for possível, através da disponibilização de habitações condicentes com as suas necessidades, bem como de cuidados de saúde e serviços que necessitem. Relativamente às pessoas idosas que vivam em instituições, deve ser-lhes garantida a assistência apropriada, o respeito pela sua vida privada e a participação na determinação das condições da vida da instituição (Resolução da Assembleia da República nº 64-A/2001).

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), consagra todos os direitos civis e políticos, económicos e sociais dos cidadãos europeus, apresentando 54 Artigos divididos por sete capítulos, sendo eles: Dignidade, Liberdades, Igualdade, Solidariedade, Cidadania, Justiça e Disposições Gerais. Esta carta passou de uma carta de compromissos a uma carta com valor legal em 2009. Para além dos direitos consignados a qualquer cidadão, como o direito à dignidade e à vida (Artigo 1º e Artigo 2º), direito à liberdade de pensamento, consciência e de religião (Artigo 10º), direito à liberdade de expressão e informação (Artigo 11º), direito à não discriminação (Artigo 21º), esta carta refere no seu Artigo 25º, relativamente aos direitos das pessoas idosas, que “A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente, e à sua participação na vida social e cultural” (p.17).

Tendo em conta as rápidas alterações demográficas que se verificam nas sociedades contemporâneas, vários governos do espaço europeu e além deste reuniram-se na Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em 2002 em Madrid, sob o tema “Sociedade para Todas as Idades”. Na sua sequência foi aprovado um Plano de Ação Internacional que apresenta um conjunto de recomendações concretas que abrangem três dimensões importantes: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e ambientes propícios e favoráveis para esta faixa etária. No comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU (2002),

podia ler-se que a Assembleia considerou a “necessidade de assegurar que o envelhecimento ocupe um lugar fundamental em todas as prioridades no domínio do desenvolvimento – tanto a nível nacional como internacional”, comprometendo-se os governos a “assegurar a plena proteção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, reconhecendo que, quando envelhecem, as pessoas deveriam ter oportunidades de realização pessoal, de levar uma existência saudável e segura e de participar ativamente na vida económica, social, cultural e política” (p.1).

No plano nacional, a Constituição da República Portuguesa (2005) consagra um conjunto de direitos (Artigo 24º a Artigo 47º) sob o título de “Direitos, liberdades e garantias” que dizem respeito a qualquer cidadão português. Para além disso, no seu Artigo 72º refere que “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” e ainda que “A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (p.54).

Tendo em conta estes pressupostos e as medidas e compromissos estabelecidos internacionalmente, é aprovada em conselho de ministros uma Estratégia de Proteção ao Idoso (Resolução do Conselho de Ministro nº63/2015) que consagra várias medidas, entre as quais a de reforçar os direitos dos idosos. Tal medida indica ações a desenvolver, tais como: a) consagrar legalmente os direitos dos idosos, tais como independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade; b) no plano da independência a pessoa idosa deve tomar todas as decisões relevantes sobre a sua vida, com autonomia e liberdade, o que inclui a decisão sobre o local onde vive, a gestão dos seus rendimentos e bens, cuidados de saúde, entre outros; c) no plano da participação, as pessoas idosas devem poder desenvolver atividades no seio da comunidade e integrar associações ou movimentos; d) deve ser assegurada assistência em termos de saúde, apoio social e jurídico; e) devem ser criadas condições para que possam beneficiar de oportunidades de envolvimento educativo, cultural e recreativo; f) devem ser prevenidas e reprimidas todas as formas de violência, abuso, exploração ou discriminação, tanto física como psicológica.

Como podemos constatar nos vários documentos legais apresentados, a participação e inclusão das pessoas idosas é um dos aspetos que deve e ser promovido pelos governos e pelas instituições particulares, com ou sem fins lucrativos, que apresentam respostas para esta faixa etária.

Esta participação relaciona-se com múltiplas situações, que vão desde os comportamentos individuais à presença de grupos ou movimentos em programas e atividades, estando desta forma ligada à inclusão, dado que esta é um movimento educacional, social e político, que defende o direito à participação consciente e responsável dos indivíduos na sociedade da qual fazem parte (Freire, 2008). Portugal tem atualmente alguns projetos que pretendem dar resposta à necessidade de inclusão e participação ativa de pessoas idosas na comunidade com objetivos distintos (e.g., o acesso à informação, a prevenção de incapacidades através do fomento de estilos de vida saudáveis, a alteração de estereótipos face à velhice, o aumento do envolvimento social de forma a combater a solidão e a promoção de partilhas intergeracionais).

Com base nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde e assente no tema “Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, Portugal tem também atualmente vários projetos² que pretendem dar resposta à necessidade de inclusão e participação ativa de pessoas idosas na comunidade, bem como programas que pretendem suprir o risco de isolamento, promover o envelhecimento ativo ou bem-sucedido, com base na participação em atividades físicas e culturais, o que nos mostra que cada vez mais há uma preocupação com a população idosa, procurando respostas que possam suprimir as suas necessidades (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

Não obstante, a maioria destes programas destina-se a idosos que ainda residem nas suas habitações e que têm uma participação, ainda que mínima, na sociedade. Surge portanto como fundamental compreender que respostas ou estratégias são pensadas e implementadas para os idosos que se encontram a viver em estruturas residenciais.

Apesar da crença de que os cuidados prestados devem ter em conta os princípios anteriormente mencionados (e.g. participação, auto-realização, dignidade, independência) muitas são as questões que surgem quando falamos da organização dos mesmos (Sherwin & Winsby, 2010; Wikstrom & Emilsson, 2014), o que nos leva à questão da perda ou subversão de direitos fundamentais.

A manutenção dos aspetos que abordámos nos vários subpontos deste capítulo torna-se possível se for acompanhada pela existência de direitos específicos. Um desses direitos é o poder de decisão, um conceito que neste estudo pode ser visto como sinónimo de outro já referido – a autonomia de decisão – que diz respeito à capacidade do sujeito de tomar decisões de forma livre, sem coerções e à existência de autonomia executiva, que se traduz na possibilidade de implementar as decisões tomadas (Collopy,

² “Vencer o Tempo nas Sete Cidades”, “Integra & Ajuda na Cidade Amiga”.

1998), sem obstáculos externos que lhe permitam agir de acordo com os seus próprios interesses e valores (Tuominen et al., 2015). Os estudos sobre o poder de decisão e a possibilidade da sua implementação, i.e., autonomia executiva, com idosos institucionalizados são ainda escassos. É neste sentido que colocamos algumas interrogações: de que forma é que as pessoas idosas em contexto institucional percebem a sua capacidade de decidir sobre aspetos do quotidiano da instituição e da sua vida em geral? Em que medida é facultado ou facilitado o exercício da decisão? Para além disso, surge ainda o direito à liberdade, como direito basilar da existência humana que diz respeito à possibilidade de agir sem limitações externas e de se expressar de acordo com a sua vontade. Questionamo-nos sobre qual a perceção dos idosos relativamente à sua liberdade de ação e de expressão, com o objetivo de fornecer um olhar que permita a alteração ou adequação das práticas institucionais em função da realidade experienciada pelos idosos. A nossa investigação é também dirigida pela importância de uma maior humanização nas relações que se estabelecem nestes contextos (Fragoso, 2008), uma vez que esta é uma condição necessária para que se promova a autonomia do idoso e o reconhecimento deste como uma pessoa que mantém valores e crenças que devem ser tidos em conta para que se respeite a dignidade implícita à sua condição de ser humano (Antiel, Curlin, James, Sulmasy, & Tilburt, 2012).

PARTE II. Estudo Empírico

Capítulo I. Metodologia

A investigação realizada tem um carácter fundamentalmente fenomenológico visando compreender em maior profundidade a qualidade de vida e os direitos dos idosos em geral e no contexto específico de estrutura residencial. O cariz fenomenológico liga-se à procura da identificação e compreensão das experiências dos idosos e representações que os mesmos construíram ao longo do tempo (Giorgi & Giorgi, 2003; Giorgi, 2005; Branco, 2014), as quais são propriedades bastante significativas da realidade social (Mason, 2002). A escolha de uma metodologia qualitativa é enquadrada por um interesse na complexidade, descrição e compreensão de um processo ou fenómeno (Stake, 2010) que no presente estudo se reporta ao envelhecimento.

1. Objetivos do Estudo

Tendo em conta que a própria legislação portuguesa advoga que se deve assegurar a manutenção do modo e qualidade de vida do idoso e da sua autonomia (Resolução do Conselho de Ministro nº63/2015) o presente estudo traz para primeiro plano a questão da qualidade de vida em pessoas idosas que se encontram institucionalizadas³ apresentando quatro grandes objetivos gerais:

- 1) Conhecer e compreender a realidade experienciada pelos idosos de uma forma contextualizada e como um contínuo entre vivências anteriores à institucionalização e após a mesma.
- 2) Conhecer a perceção de qualidade de vida dos idosos em contexto de estrutura residencial.
- 3) Identificar a perceção dos idosos sobre os seus direitos.
- 4) Compreender as comunalidades mais acentuadas da experiência dos idosos e inferir do seu significado.

Estes objetivos gerais traduziram-se nos seguintes objetivos específicos:

- Identificar a perceção dos idosos sobre a forma como são vistos pelos adultos.
- Identificar a perceção dos idosos sobre esta fase do seu ciclo de vida.
- Identificar motivos e expectativas face à institucionalização.
- Identificar a perceção dos idosos sobre o poder de decisão, liberdade e oportunidades do seu exercício no contexto de estrutura residencial.

³ Quando nos referimos a idosos institucionalizados referimo-nos a idosos que frequentam as estruturas residenciais na modalidade de alojamento “quartos”. A expressão “institucionalização” tem um significado equivalente ao de “estruturas residenciais” ao longo do estudo.

- Identificar a existência de privacidade e intimidade em contexto institucional.
- Identificar aspetos basilares de preservação da identidade pessoal e social.
- Identificar a perceção sobre o relacionamento interpessoal e suporte social.
- Identificar a perceção sobre o bem-estar subjetivo e material.
- Identificar as necessidades e idealização relativamente à institucionalização.

2. Participantes

Participaram no estudo um total de 20 idosos, entre os 80 e os 91 anos de idade, com uma mediana de 86,5 anos, que se encontram em duas estruturas residenciais para idosos (ERPI) de duas Instituições Particulares de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, no distrito de Évora⁴. De acordo com Hill et al. (2005) nas investigações qualitativas o tamanho recomendado da amostra situa-se entre os 8 e os 15 participantes. A nossa opção de incluir 20 participantes pretende garantir a saturação teórica, trabalhando-se cada entrevista em profundidade para que considerações superficiais de representatividade e generalização sejam substituídas pela evocação convincente da experiência de um indivíduo (Seidman, 2006; Palacios-Ceña, et al., 2013a). No sentido de obter resultados mais consistentes não só tivemos em conta a dimensão da amostra como também definimos critérios previamente delimitados (Hill et al., 2005).

Optámos por uma amostra paritária quanto ao sexo. Os critérios iniciais de inclusão dos participantes foram os seguintes: a) estar institucionalizado há mais de um ano; b) não ter comprometimentos cognitivos identificados por profissionais habilitados para tal; c) ser viúvo/a; d) saber ler e escrever; e) estar em quartos de 2 a 3 pessoas e f) ter idade compreendida entre os 70 e os 80 anos de idade. No entanto, a realidade social encontrada não permitia satisfazer todos estes critérios, tendo-se posteriormente retirado os critérios d) e e) e substituído o critério f) por “ter idade compreendida entre os 80 e os 91 anos” uma vez que os sujeitos com menor idade frequentavam apenas o centro de dia, estavam em regime de ERPI há menos de um ano ou o seu estado civil era casado. Relativamente ao critério “d) saber ler e escrever”, após análise dos dados sociodemográficos dos utentes, verificou-se que muitos dos utentes não tinham qualquer alfabetização, dado que a maior parte destes foram trabalhadores rurais no

⁴ Salientar que uma das instituições presta resposta para 140 idosos, dos quais 140 frequentam a estrutura residencial na tipologia “quartos”. A outra instituição presta resposta a um total de 108 idosos, dos quais 42 frequentam a estrutura residencial na mesma tipologia que a anterior. Em termos de cuidadores formais na primeira existem 47 auxiliares de acção direta e 5 técnicos superiores (e.g., assistente social, animadora sociocultural, psicóloga). Na segunda existem 11 auxiliares de acção direta e 8 técnicos superiores.

Alentejo. Ainda assim, em termos totais os participantes apresentam como habilitações predominantes a frequência do 1º ciclo do ensino básico (sabendo ler e escrever) embora por vezes sem a sua conclusão total. O critério “e) estar em quartos de 2 a 3 pessoas”, foi também retirado uma vez que existia uma grande variabilidade relativamente à composição dos quartos, sendo que os participantes se encontram em quartos de 2, 3 ou 4 pessoas. A tabela 1 ilustra os dados de caracterização dos participantes.

Tabela 1. *Caracterização dos participantes*

| | | | |
|---|-------------------------|----|------|
| Género | Feminino | 10 | 50% |
| | Masculino | 10 | 50% |
| Escolaridade | Iltrado | 6 | 30% |
| | 1ºciclo | 13 | 65% |
| | 3ºciclo | 1 | 5% |
| Estado Civil | Viúvo/a | 20 | 100% |
| Profissão Anterior | Trabalhador/a Rural | 12 | 60% |
| | Empregado/a do Comércio | 4 | 20% |
| | Cozinheira/Costureira | 3 | 15% |
| | Funcionário Público | 1 | 5% |
| Rendimentos | Pensão de reforma | 20 | 100% |
| Manutenção da Residência Anterior | Sim | 12 | 60% |
| | Não | 8 | 40% |
| Resposta Institucional Anterior | Centro de dia | 9 | 45% |
| | Estrutura Residencial | 2 | 10% |
| Tempo de permanência na Estrutura Residencial | Entre 1 a 5 anos | 13 | 65% |
| | Entre 5 a 10 anos | 6 | 30% |
| | Mais de 10 anos | 1 | 5% |

Verificamos que a maioria dos idosos indica também ter sido trabalhador/a rural, tendo como atual rendimento a pensão de reforma. Do total de participantes 55% tinham frequentado respostas institucionais sobretudo centros de dia. A maioria dos participantes vive em estrutura residencial entre 1 a 5 anos. A maioria destes idosos refere a manutenção da sua residência anterior, enquanto 40% refere o seu fim. Salienta-se que 60% dos idosos viviam sozinhos nas suas casas, enquanto 40% havia vivido acompanhado (20% com familiares diversos, 10% com o cônjuge em casa de familiares e 10% com o cônjuge na sua própria casa).

3. Instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados

3.1. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

No presente estudo optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas uma vez que se pretendiam obter informações ou interpretações únicas com cada uma das pessoas, descobrindo algo que os investigadores não conseguem observar nem verificar através de outro tipo de métodos (Stake, 2010). A opção por esta forma de recolha de dados prende-se também com a consideração de que este é um dos métodos mais adequados para utilizar com a população idosa na medida em que torna o procedimento mais próximo da sua vida quotidiana, eliminando a sensação de elemento avaliativo, permitindo superar limitações a nível funcional e a nível sociocultural, uma vez que existem sujeitos iletrados (Diniz & Amado, 2014).

Mason (2002) evidencia que realizar uma boa entrevista qualitativa é uma tarefa exigente e exaustiva, que implica um planeamento rigoroso e uma atenção muito particular à estrutura e fluxo da entrevista. O investigador deve estar preparado para tomar decisões sobre o conteúdo e sequência desta à medida que interage com o participante. Tal justifica o facto de as perguntas do nosso guião da entrevista (Anexo 1) terem por vezes uma sequência diferente da que seria determinada pela sua pertença a dado tema (Anexo 2). A sequência das questões colocadas foi determinada pelos indicadores de facilitação do fluxo de pensamento proveniente das entrevistas exploratórias realizadas previamente.

As entrevistas realizadas para a recolha de dados apresentam um carácter semiestruturado, uma vez que têm por base um guião de entrevista previamente construído, que nos permitiu conduzir, de uma forma flexível, o desenvolvimento das mesmas. O guião de entrevista definitivo foi construído tendo em conta os objetivos do estudo e os dados resultantes da análise das entrevistas exploratórias. As entrevistas exploratórias foram realizadas com três idosos que não fizeram depois parte da amostra final, com recurso a um pequeno guião de perguntas abertas visando: i) abrir pistas para reflexão, horizontes de leitura e dimensões da problemática em causa que por algum motivo poderiam não estar tão acessíveis (Quivy & Campenhoudt, 2008), ii) identificar temáticas ou questões que pudessem não ter sido contemplados; iii) adequar a linguagem à compreensão e expressão cultural dos sujeitos. O guião das entrevistas exploratórias foi sendo alterado e refinado a cada entrevista exploratória, numa tentativa de adequar e melhorar a formulação das questões. Após este trabalho prévio os temas e as questões de investigação foram reajustados, tendo em conta os dados

anteriormente obtidos e também a revisão de literatura, chegando-se a um total de 11 temas para obter informação acerca de tópicos específicos de interesse (Representação do Idoso; Vivência Anterior; Motivos e expectativas face à institucionalização; Direitos; Privacidade e Intimidade; Identidade Pessoal e Social; Relacionamento Interpessoal; Suporte Social Percebido; Bem-estar Material; Bem-estar Subjetivo; Necessidades e Idealização). O guião da entrevista tem um total de 47 perguntas das quais 25 de carácter aberto e 22 mais direto, fechado, de maior grau de diretividade ou ainda de tipo secundário, i.e., para levantar informação adicional (e.g., Porquê?; O quê?). As perguntas foram organizadas em função de uma lógica de pensamento e discurso mais coerentes do ponto de vista dos idosos, permitindo-lhes uma reflexão contínua.

O procedimento de recolha dos dados iniciou-se com o contacto com quatro instituições residenciais de idosos do distrito de Évora a fim de averiguar da existência dos critérios que pretendíamos para a nossa amostra. Depois de estabelecidos os contactos e após visitar e aprofundar o conhecimento sobre cada uma das instituições, foram apenas selecionadas duas, uma vez que só os utentes das mesmas reuniam critérios próximos dos definidos inicialmente. Seguiu-se o pedido de autorização para a realização do estudo à direção das respetivas instituições (Anexo 3). O contacto com os participantes para informação dos objetivos do estudo e do carácter voluntário da participação foi feito em conjunto com o/a diretor/a técnico/a e/ou psicólogo/a da instituição, de forma a facilitar a relação com estes e a propiciar um sentimento de maior segurança.

A cada um dos idosos que se voluntariaram foi entregue um termo de consentimento informado (Anexo 4) e, no caso do participante não saber ler nem escrever, o mesmo foi lido e o consentimento dado verbalmente sendo garantida a total confidencialidade dos dados.

Após o consentimento informado foi iniciada a recolha de dados realizada com cada participante num único momento. No momento inicial foram recolhidos dados sociodemográficos de forma oral (Anexo 5) com o objetivo de obter informações relevantes para a caracterização da amostra, de compreender os vários contextos de vida do sujeito, e facilitar o diálogo na fase seguinte de entrevista. No momento subsequente foram colocadas as questões do guião final. As entrevistas foram gravadas com recurso a um gravador, com uma duração média de 1h15 e posteriormente transcritas na íntegra. Apesar de alguns constrangimentos que a gravação possa evidenciar à partida – como inibir o participante – parecem não existir dúvidas quanto à pertinência deste procedimento, uma vez que esta é a única forma de trabalhar “*ipsis verbis*” aquilo que o sujeito diz e que reflete, indiscutivelmente, a sua consciência. A

transcrição das entrevistas respeitou as nuances da conversa, como pausas e entoações, reproduzindo de forma integral as palavras e expressões utilizadas (Green & Thorogood, 2009). Desta forma evitaram-se resumos ou interpretações do investigador (Seidman, 2006), o que nos permitiu na fase seguinte uma análise mais completa e precisa e a possibilidade de voltar à gravação áudio sempre que tivemos dúvidas aquando da análise do material já transcrito. Por forma a garantir a confidencialidade dos participantes as entrevistas foram numeradas aleatoriamente.

3.2. Procedimentos de análise de dados

A pesquisa qualitativa realizada utiliza como métodos principais de tratamento de dados procedimentos provindos quer da análise de conteúdo (AC) de Bardin (2016) quer do método fenomenológico empírico (MFE) de Amedeo Giorgi (2005; 2009; Branco, 2014; Boava & Macedo, 2011). O referencial de AC não se vincula a nenhuma abordagem filosófica e foi utilizado para procedimento analítico das transcrições das entrevistas e como procedimento técnico para obtenção de inferências objetivas sobre os dados (Bardin, 2016; Branco, 2014). Assim, a AC foi por nós utilizada como forma de identificar as unidades de registo (UR), de elaborar as categorias e identificar a sua frequência já que no MFE não existe preocupação com a codificação e contagem das unidades de sentido. No entanto, seguimos o método fenomenológico empírico ao não condicionar ou forçar o significado das descrições dos participantes a partir de categorias prévias (Giorgi, 2009; Coutinho, 2008). O processo iniciou-se pela leitura das descrições dos participantes para aceder ao seu real significado evitando-se interpretações teóricas ou especulativas. Após a leitura de todo o material e da apreensão do sentido do todo, o mesmo foi relido várias vezes a fim de discriminar as unidades significativas do fenómeno em causa. Só num momento subsequente se partiu para uma interpretação focada sobretudo nas implicações dos resultados obtidos, sendo que esta não visa a generalização, mas sim uma indicação de possibilidades (Andrade & Holanda, 2010). A análise de conteúdo foi utilizada como técnica para analisar os dados procurando evidenciar com objetividade as descrições subjetivas das experiências dos sujeitos (Bardin, 2016; Stemler, 2001; Vala, 2003). O procedimento de análise organizou-se em torno de um processo de categorização, ou seja, de uma operação de classificação de um grupo de elementos agrupados em função das suas características comuns. Neste caso o critério de categorização foi semântico, uma vez que existem categorias temáticas onde se isolam os elementos de uma mensagem e depois se reparam e classificam impondo uma certa organização à mesma, fornecendo uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 2016; Gomes de Castro, Abs & Sarriera, 2011;

Lima & Pacheco, 2006). Para criarmos as categorias seguimos várias regras, tais como a exclusão mútua (o conteúdo de cada categoria está concebido de forma a que estas não se sobreponham); a homogeneidade das categorias (sequência lógica que torne a categorização legível como um todo); a exaustividade (todas as unidades de registo foram efetivamente codificadas) a pertinência (categoria adaptada ao material de análise escolhido e a um quadro teórico definido); a objetividade e fidelidade (diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma lógica categorial, devem codificadas da mesma forma); e a produtividade (traduzida em resultados férteis em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos) (Lima & Pacheco, 2006).

Num primeiro momento “a nomenclatura” das categorias surgiu a partir das unidades de registo textuais manifestas/explicitas, não existindo categorias pré-determinadas – epistemologia indutiva - o que permitiu que novas ideias pudessem surgir (Hsieh & Shannon, 2005). À medida que a análise foi realizada apareceram indicadores que originaram o nome das categorias, sendo essas posteriormente usadas para organizar ou agrupar unidades com sentido semelhante. A vantagem desta abordagem mais convencional é o facto de não impor perspectivas teóricas, utilizando apenas aquilo que o sujeito diz, entendendo o seu significado, numa perspectiva de unicidade do sujeito. Numa primeira fase esta abordagem pode ser uma opção muito útil, no entanto apresenta algumas limitações, nomeadamente no que diz respeito à compreensão completa do contexto (Hsieh & Shannon, 2005). Neste sentido, à medida que as unidades com o mesmo sentido foram sendo agrupadas, a nomeação das categorias foi sofrendo alterações com base naquilo que já se conhece em termos teóricos e que podia não ser expresso verbalmente pelos participantes. Este segundo passo assenta numa lógica mais dedutiva, mais estruturada que a anterior.

No âmbito do discurso despoletado por cada questão foram identificadas todas as unidades de significado qualitativamente diferente e formada uma unidade de registo (UR) sempre que existia evidência de que um particular significado havia sido expresso. As unidades de registo correspondem às ideias concretas evidenciadas pelos sujeitos que foram alvo de recorte. As categorias e subcategorias foram criadas para isolar a informação recortada a analisar posteriormente (Grácio, Chaleta, & Rosário, 2007; Lima & Pacheco, 2006).

O sistema de codificação respeitou o critério de proximidade do discurso dos sujeitos sempre que possível. De referir também que a codificação das unidades de registo foi feita por dois elementos avaliadores – através do acordo interjuízes – de forma a controlar enviesamentos, recorrendo às técnicas de consenso e reflexão falada

(Almeida & Freire, 2008; Fonseca, Silva, & Silva, 2007) O consenso e a reflexão são utilizados para melhorar a qualidade das decisões a tomar, exigindo respeito mútuo e um envolvimento por parte de ambos os juízes. A variedade dos pontos de vista e experiências de ambos exigiu uma discussão acerca das diferentes interpretações e/ou sentimentos, permitindo uma melhor e mais rica interpretação dos dados (Hill et al., 2005).

O critério de registo de ocorrências ou frequências, ou seja, a unidade de contagem (Lima & Pacheco, 2006) consistiu na anotação da presença de todas as diferentes unidades de registo expressas por cada participante em cada categoria ou subcategoria e não no número de vezes que o participante verbalizou a mesma ideia. Este registo de ocorrências refere-se, na maior parte das situações, ao número de diferentes verbalizações enunciadas pelos participantes e não ao número de sujeitos que as verbalizaram. Sempre que se verificou a correspondência entre o número de verbalizações e o número de sujeitos o mesmo foi explicitado, apresentando-se apenas o “N” total e não a percentagem, uma vez que esta foi sempre obtida por relação com as verbalizações. Assim, a análise quantitativa consistiu numa análise estatística descritiva simples (frequências e percentagens), tendo sido realizada sob a perspectiva de que um dado objeto é de maior importância para um grupo de sujeitos quanto maior for o número de sujeitos ou “quanto maior a frequência das alusões a esse objeto nos discursos recolhidos” (Lima & Pacheco, 2006, p. 121), permitindo compreender quais as dimensões ou categorias com maior número de verbalizações e inferir do seu significado. Recordamos no entanto que todas as verbalizações foram tidas em conta e analisadas com o mesmo rigor e interesse.

Os critérios de rigor e qualidade metodológica utilizados na nossa investigação reportam-se a: i) credibilidade obtida através da revisão por pares, ou seja, pela participação de um outro investigador com quem se discutiram ideias e preocupações; ii) transferibilidade obtida através de uma descrição densa dos dados de forma a representar e ilustrar a diversidade de perspectivas dos participantes, tornando possível juízos de semelhança em outros estudos realizados noutros contextos; iii) consistência que permite que outro investigador siga o método utilizado; d) aplicabilidade, que se baseia na capacidade de outros investigadores confirmarem as construções do investigador, verificando se este de facto vê a realidade através do olhar do próprio sujeito (Guba & Lincoln, 1988; Coutinho, 2008). Tanto a consistência como a aplicabilidade são conseguidas pelas mesmas técnicas neste tipo de pesquisa, i.e., auditoria que inclui os registos do investigador (e.g., transcrição de entrevistas, guião de

entrevista, lista de categorias). Tais critérios permitiram-nos um constante questionamento das opções tomadas, não deixando a questão do rigor para o final da investigação, garantindo assim a qualidade científica (Coutinho, 2008). É neste sentido que tentámos fazer uma descrição pormenorizada de todo o procedimento e apresentamos, também, em anexo a grelha de análise temática e categorial com os critérios de codificação da informação e as respetivas unidades de registo, i.e., as verbalizações dos participantes (Anexo 6).

Capítulo II. Apresentação e discussão de resultados

Iremos em seguida apresentar os resultados dos onze temas sobre os quais versou esta investigação. Num primeiro momento apresentamos uma visão global de cada um dos temas, seguindo-se uma análise descritiva e interpretativa dos resultados. Ilustraremos os dados obtidos através de alguns exemplos mais representativos das verbalizações dos participantes. Os dados apresentados são fundamentalmente analisados de forma qualitativa, consistindo a análise quantitativa numa análise descritiva simples, assente em frequências e percentagens (Lima & Pacheco, 2006; Schiling, 2006). Esta complementaridade permite uma maior estruturação, identificação dos aspetos mais partilhados bem como uma melhor compreensão dos resultados (Ribeiro, 2010). Devido a constrangimentos de espaço, as tabelas de análise de frequências que contêm subsubcategorias (i.e., tabela 11 e tabela 15) não são apresentadas na totalidade no corpo do estudo, sendo que as mesmas se encontram em anexo (Anexo 7).

1. Tema I. Representação do Idoso

Este tema tem como principal objetivo conhecer a perceção que os idosos consideram que os adultos têm sobre as pessoas desta faixa etária e sobre o que os idosos pensam acerca desta fase da sua vida, estruturando-se nestas duas grandes dimensões. Os dados foram obtidos através de duas perguntas abertas: “Como é que acha que os adultos veem os idosos” e “O que é para si esta fase da sua vida?”. A primeira pergunta foi deliberadamente focalizada na perceção dos adultos sobre os idosos, visto que é exatamente a população adulta aquela que detém um maior poder sobre os idosos, seja em termos familiares seja em termos das decisões políticas, o que tem implicações diretas sobre os mesmos. A tabela 2 apresenta os resultados obtidos neste tema. Observamos que o volume de informação nas duas dimensões não é díspar o que poderá indicar que ambos os aspetos da representação dos idosos foram objeto de

reflexão por parte dos mesmos. Em ambas as dimensões foram identificadas subcategorias.

Tabela 2. *Tema I. Representação do idoso: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|------------------------------|-------|---------|---------|------|----|-------|
| I.I. Perceção dos idosos sobre a opinião dos outros | 1. Respeito | 1.1. Existência | 1 | 1.8% | 30 | 54.5% | | | |
| | | 1.2. Inexistência | 1 | 1.8% | | | | | |
| | 2. Valor | 2.1. Existência | 1 | 1.8% | | | | | |
| | | 2.2. Inexistência | 3 | 5.5% | | | | | |
| | 3. Afetos | 3.1. Indiferença | 1 | 1.8% | | | | | |
| | | 3.2. Pena | 1 | 1.8% | | | | | |
| | 4. Vulnerabilidade | | 2 | 3.6% | | | | | |
| | 5. Dependente da educação | | 3 | 5.5% | | | | | |
| | 6. Visão geral não especificada | 7.1. Positiva | 11 | 20% | | | | | |
| | | 7.2. Negativa | 4 | 7.3% | | | | | |
| | 7. Desconhecimento | | 2 | 3.6% | | | | | |
| | I.II Auto Perceção desta fase da vida | 1. Preocupação | 1.1. Ausência de saúde | 5 | | | 9.1% | 25 | 45.5% |
| | | | 1.2. Perda de funcionalidade | 2 | | | 3.6% | | |
| 2. Emoções negativas | | 2.1 Medo de sofrer | 1 | 1.8% | | | | | |
| | | 2.2. Tristeza | 5 | 9.1% | | | | | |
| | | 2.3. Aborrecimento | 1 | 1.8% | | | | | |
| 3. Conformismo | | | 9 | 16.4% | | | | | |
| 4. Preâmbulo da morte | | | 2 | 3.6% | | | | | |
| Total | | | | | 55 | 100 | | | |

Na primeira dimensão, a ideia que os idosos têm sobre a forma como são percebidos pelos outros estrutura-se por relação com aspetos afetivo-relacionais (respeito, valor e afetos), com aspetos relacionados com a vulnerabilidade nesta faixa etária, aspetos de variação individual na perceção do adulto bem como uma perceção global não especificada (uma positiva e outra negativa) e a ideia de desconhecimento por parte dos outros sobre o que é ser idoso.

Os aspetos afetivo-relacionais (no total N= 8; 14.5%) são marcados:

a) pela presença e ausência de respeito.

“Eu acho que há respeito...ainda há um bocadinho de respeito!” (Suj.17)

“(...) há outras que não respeitam... o que já vai é falta de respeito às vezes de todos (...)” (Suj.7)

b) pela presença e ausência de valor.

“(...) também há outras mentalidades que começam a verificar que os idosos fazem falta, que os idosos são humildes, que são desta ou daquela maneira e que gostam de conviver com eles.” (Suj.13)

“Como se a gente não prestasse...porque temos muita idade e não prestamos para nada!” (Suj.4)

c) pela presença de afetos por parte dos outros como a indiferença e a pena.

“Olhe... eu acho que as pessoas veem de qualquer maneira (...) já se passou um caso comigo... eu estava sentadinho à minha porta e passou lá um rapaz e uma rapariga... já aqui há tempos... um rapaz novo e uma rapariga, para aí de 18 anos... passaram como se não tivesse ali ninguém... disse assim “também hão-de ser velhos ainda... um dia vão ser velhos”,

não custava nada dizer um bom dia ou boa tarde... ficaram espantados, não disseram nadinha” (Suj.15)

“De forma geral...têm pena deles...” (Suj.11)

A percepção dos idosos por parte dos outros como alguém que se encontra numa posição de vulnerabilidade (N=2; 3.6%) pode encerrar em si mesma a ideia do idoso como alguém que se encontra numa posição de dependência de outros e que necessita de cuidados.

“Nem lhe sei dizer...tratam...veem para os tratar” (Suj.1)

Para além disso, os idosos consideram que a percepção que os outros têm deles varia em função da mentalidade e da educação desses outros (N=3; 5.5%) surgindo estes dois aspetos como mediadores dessa mesma percepção.

“Não sei, isso também carece muito da mentalidade e da maneira de viver de cada um...” (suj.13)

“[Olhe... eu acho que as pessoas veem de qualquer maneira...] uns veem de uma maneira outros veem de outra... porque isso depende da educação da pessoa” (Suj.15)

Em termos não especificados e globais os idosos consideram que os adultos os veem de uma forma positiva (N=11; 20%) e de uma forma negativa (N=4; 7.3%)

“Eu acho que os outros... encaram como coisa natural...tratam bem os velhos” (Suj.2)

“Há aí muitas que não veem muito bem, mas a gente tem que ver. Eu acho assim” (Suj.9)

Verifica-se ainda a existência de uma ideia de desconhecimento por parte dos adultos sobre o que é ser idoso (N=2; 3.6%)

“Não sei, acho que essas pessoas que não são idosas... não vêem os idosos e não podem pensar porque não são idosos... serão um dia, acho que alguns pensam que não chegam a velhos” (Suj.20)

Em termos da análise quantitativa e do seu volume de informação em primeiro lugar encontramos uma visão global não especificada (N=15; 27.3%), destacando-se a visão positiva (N=11; 20%) por comparação com a visão negativa. Em segundo lugar surge a valorização atribuída ao idoso (N=4; 7.3%), destacando-se a sua inexistência (N=3; 5.5%). Em terceiro lugar, identificamos uma representação do idoso dependente de características individuais e educativas dos adultos (N=3; 5.5%). Todos os outros aspetos apresentam um carácter mais residual.

Em suma, emergem aspetos da representação dos adultos sobre os idosos claramente positivos (existência de respeito, valor, visão geral positiva (no total N= 13; 23.6%)), ainda que os estereótipos negativos relativamente aos idosos existam desde muito cedo e estejam de alguma forma enraizados na nossa sociedade (Umphrey & Robinson, 2007). Deste modo, emergem também aspetos claramente negativos (inexistência de respeito e valor e visão geral negativa) (no total N=8; 14.5%) e ainda aspetos que em

termos gerais parecem ter uma tonalidade mais negativa. Estes últimos aspetos reportam-se a afetos como indiferença e pena, vulnerabilidade, representação dependente de aspetos individuais do adulto e desconhecimento do que é ser idoso (no total N=9; 16.3%).

Na segunda dimensão, i.e., “Autoperceção desta fase da vida”, verificamos que estes idosos a percebem como marcada por preocupações relacionadas com a saúde e funcionalidade; vivência de emoções negativas tais como medo de sofrer, tristeza (que se relaciona com a perda da casa, da liberdade e da vida anterior) e aborrecimento, marcado pela ausência de atividades importantes. Surgem ainda aspetos relacionados com o conformismo e preâmbulo da morte.

Os aspetos que evidenciam a vivência desta fase do ciclo de vida com preocupação prendem-se com receios de ausência de saúde e de perda de funcionalidade (N=7; 12.7%):

“Encaro ruim, encaro ruim... (...) Ainda se tivesse sempre saúde mas uma pessoa indo tendo umas coisas que apoquentam a gente não anda bem de maneira nenhuma, não encara bem...” (Suj.20)

“(...) Quer dizer... eu desejo que nunca me veja assim! Além de pensar, que elas já não pensam... essas pessoas já não estão cá! Penso eu, porque se cá estiverem ainda é pior... é muita miséria o que aqui se vê! Agora está lá um velhinho... não vale a pena!” (Suj.1)

As emoções negativas (N= 7; 12.7%) relacionam-se em parte com as preocupações enunciadas e com o contexto de vida experienciado, traduzindo-se em tristeza, aborrecimento e medo de sofrer.

“Esta fase da vida...é uma vida triste! Digo-lhe francamente, é uma vida triste... passam-se muito poucos dias que eu não chore...é uma vida triste...uma vida sem vida! Não é uma vida normal, para mim não é uma vida normal...”(Suj.4)

“(...) passo os dias aborrecida! O que é que estou aqui a fazer? Nada... passo os dias aborrecida, sem fazer nada” (Suj.8)

“Agora... a gente tem medo, não é de gabar a vida... a gente tem medo é de sofrer na vida... É a única coisa que tenho medo... mas como graças a deus sou religiosa penso “o espírito santo está comigo e eu não vou sofrer nada” (Suj.7)

Esta fase da vida é percebida como tendo de ser marcada por um conformismo (N=9; 16.4%) enquanto aceitação de algo inevitável, que não é passível de mudança e que os idosos têm que aguentar. Surge também a ideia desta fase da vida como um caminho sem saída ou cuja única saída perspectivada é a morte.

“[É triste a gente chegar a esta idade e ter esta vida...] mas a gente está cá temos que aguentar de qualquer maneira. Os anos passam por cima da gente, é uma vida que não agrada a ninguém... a gente vê-se nesta idade, temos que compreender que temos que a ter...” (Suj.6)

“É de aguentar... isto... é ir andando... e a cabeça começa a pensar...eu já disse que qualquer dia agarro num cabrão de um cordel e pronto” (Suj.2)

Emerge ainda de forma bastante explícita a percepção desta fase da vida como um “Preâmbulo da Morte” (N=2; 3.6%).

“Esta fase na vida é uma passagem para o fim... até peço a deus que quando me quiser levar, estou preparada.” (Suj.5)

Em termos de análise quantitativa e do seu volume de informação, surge em primeiro lugar o conformismo (N=9; 16.4%), em segundo lugar com o mesmo peso a preocupação (N=7; 12.7) e a vivência de emoções negativas (N=7; 12.7%). Destacam-se a preocupação com a ausência de saúde (N=5; 9.1%) e a tristeza (N=5; 9.1%). Todos os outros aspetos enunciados apresentam um carácter bastante mais residual.

Em suma, podemos dizer que os idosos encaram esta fase da vida de uma forma marcadamente negativa, sem a menção a qualquer aspeto que possamos considerar claramente como sendo positivo. O sentimento de tristeza está bastante presente, referindo-se também à perda da casa, da liberdade e da vida social. De facto, tal é também encontrado em outros estudos como o de Marques et al. (2014) que referem que as múltiplas perdas que os idosos sofrem poderão evidenciar nas suas repostas sentimentos de tristeza e solidão. O estudo de Daniel, Antunes e Amaral (2015) acerca das representações sociais sobre a velhice evidenciou que as palavras mais evocadas tanto pelos idosos como pelos cuidadores foram “solidão”, “doença” e “dependência”, sendo esta fase da vida associada a atributos de cariz avaliativo negativo (Araújo, Coutinho, & Saldanha, 2005). Esta percepção negativa poderá relacionar-se também com o facto de estarem num contexto de estrutura residencial e de alguma dependência do cuidado institucional, o que poderá acentuar a vivência mais negativa da velhice.

Hernandez e Gonzalez (2008), evidenciam que quando as pessoas idosas interagem com jovens ou outros que têm uma percepção positiva acerca da velhice acabam por perceber esta fase da vida de uma forma também ela mais positiva. A ser assim estas poderiam ser ações a promover pelas instituições residenciais para idosos. Mais uma vez encontramos aspetos (e.g., conformismo e o preâmbulo da morte) que deveriam futuramente ser alvo de pesquisa mais aprofundada, para se compreender de forma mais completa e profunda o seu significado para os idosos.

2. Tema II. Vivência anterior

Este tema tem como principal objetivo compreender as vivências anteriores dos idosos e identificar às quais atribuem mais valor na vida anterior à entrada na instituição. Para tal, foram colocadas duas perguntas abertas, i.e., “Depois de estar reformado/a e antes de vir para o/a lar/instituição, como é que era a sua vida?” e “O que é que gostava mais na sua vida antes de vir para cá?”. De salientar que existiu uma tentativa de situar a

pessoa relativamente ao tempo na primeira questão - “depois de estar reformado e antes de vir para o/a lar/instituição (...)”, de forma a que pessoa pudesse mais facilmente reportar-se a este intervalo de tempo. A tabela 3 apresenta os resultados obtidos neste tema.

Tabela 3. Tema II. Vivência anterior: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens

| Dimensão | Categoria | Subcategorias | N | % | Total N | Total % | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|------|---------|---------|-----|
| II.I Vida anterior à entrada na instituição | 1. Atividades | 1.1. Trabalho | 12 | 17.1 | 36 | 51.4 | |
| | | 1.2. Atividades da vida diária | 12 | 17.1 | | | |
| | 2. Relações Sociais | | 2 | 2.8 | | | |
| | | 3. Relações Familiares | 3.1. Casamento | 2 | | | 2.8 |
| | | | 3.2. Cuidado dos netos | 2 | | | 2.8 |
| | 4. Ausência de bem-estar físico | 3.3. Solidão | | 1 | | | 1.4 |
| | | | 4.1. Falta de Rotinas Alimentares | 1 | | | 1.4 |
| | | | 4.2. Saúde | 3 | | | 4.3 |
| | | 5. Ausência de bem-estar material | | 1 | | | 1.4 |
| | II.II Aspetos mais gratificantes da vida anterior | 1. Vida em geral | | 3 | | | 4.3 |
| 2. Casa | | | 7 | 10 | | | |
| 3. Atividade | | 3.1. Trabalho | 9 | 12.8 | | | |
| | | 3.2. Atividades da vida diária | 5 | 7.1 | | | |
| 4. Existência de saúde | | | 2 | 2.8 | | | |
| 5. Relações Sociais | | | 3 | 4.3 | | | |
| 6. Relações Familiares | | | 3 | 4.3 | | | |
| 7. Autonomia | | | 2 | 2.8 | | | |
| Total | | | | | 70 | 100 | |

O volume de informação presente nas duas dimensões é bastante próximo o que poderá indicar que os participantes refletiram e atribuíram importância a ambos os aspetos (como era a sua vida e aspetos mais gratificantes).

Antes da institucionalização a vida dos idosos surge caracterizada por relação com duas fases temporais distintas. Uma mais anterior à institucionalização, fundamentalmente marcada pela atividade de trabalho e de rotinas quotidianas e por aspetos relacionais sociais e/ou familiares. Outra, temporalmente mais próxima do momento da institucionalização em que surgem aspetos relacionados com a ausência de bem-estar físico, nomeadamente de rotinas alimentares e saúde e a ausência de bem-estar material.

Os aspetos da vida ativa, marcados pelas atividades (N=24; 34.3%), traduzem-se no trabalho e nas atividades da vida diária.

“A trabalhar...a minha vida foi sempre trabalhar, trabalhar no campo.” (Suj.19)

“A minha vida era... entreter-me em casa a fazer o serviço” (Suj.17)

Os aspetos relacionais sociais e familiares (no total N=7; 10%), surgem essencialmente pautados: pela relação e convívio com os vizinhos; pela vivência da vida de casal; pelo apoio à família, nomeadamente no cuidado dos netos e por último pela solidão.

“(...) tenho lá boas vizinhas, falávamos às vezes...de manhã íamos sempre ao café beber um cafezinho...(...) depois estávamos lá no café um bocadinho” (Suj.6)

“Depois do hospital, fiquei em casa... fiquei com a minha mulher... ela pensava que eu ia à frente mas o destino inverteu-se... dávamo-nos muito bem... o que um dizia o outro aprovava! A minha vida era estar com a minha mulher (...), estava em casa, iam-me levar o almoço, a higiene à minha mulher... levava assim os dias...” (Suj.14)

“Quando me reformei a minha vida foi criar os netos” (suj.7)

“Eu estar em casa sozinho, porque o meu filho nunca está em casa...chegava a casa, dormia e ia-se embora” (Suj.2)

Relativamente à vida dos idosos antes da institucionalização surgem também aspetos relacionados com a ausência de bem-estar físico que se traduzem na falta de rotinas alimentares (N=1; 1.4%) e saúde (N=3; 4.3%), e ausência de bem-estar material (N=1; 1.4%);

“(...)às vezes fazia umas batatas com peixe ou uma coisa qualquer...e quando não fazia, comia uma coisa qualquer” (Suj.2)

“Eu tive um AVC... fui para o hospital (...) apareceu-me os diabetes... perdi o andar...dia-a-dia ia perdendo as minhas capacidades...” (Suj.14)

“(...)depois ia para a taberna e andava sempre naquela cantiga...depois era o que gastava e o que me fazia mal” (Suj.2)

A análise quantitativa do volume de informação, permite constatar que o maior número de verbalizações sobre a vida antes da entrada na instituição diz respeito à realização de atividades (N=24; 24.3%), igualmente mencionadas em termos de trabalho (N=12; 17.1%) e da vida diária (N=12; 17.1%). Em segundo lugar, surgem enunciadas as vivências e relações familiares (N=4; 5.7%), destacando-se de igual modo o casamento (N=2; 2.8%) e o cuidado dos netos (N=2; 2.8%). Em terceiro lugar surge a ausência de bem-estar físico (N=4; 5.7%), com destaque para a ausência de saúde (N=3; 4.3%).

Em suma, o aspeto mais realçado pelos participantes relativamente à sua vida anterior à institucionalização pauta-se pela sua atividade quer em termos de trabalho quer de realização de diversas atividades da vida diária. Antes da sua entrada na estrutura residencial a atividade dos idosos surge como um pilar organizador da sua vida conferindo-lhe sentido e ocupando a maior parte do seu tempo. Para além do rendimento económico Fonseca (2012) evidencia a existência de outros aspetos significativos associados à vida profissional e ativa tais como a estruturação do tempo, a conquista da identidade pessoal, de estatuto social e um sentimento de realização pessoal consubstanciando-se em fatores de desenvolvimento e ajustamento social.

Relativamente aos aspetos de que os idosos mais gostavam na sua vida anterior à institucionalização os idosos verbalizam a sua vida de forma geral não especificada e aspetos específicos da mesma como a casa, as atividades de trabalho e da vida diária, a existência de saúde, as relações sociais e familiares e a existência de autonomia.

A vida em geral (N=3; 4.3%) considerada como aspeto gratificante da vida anterior à institucionalização remete-nos para a ideia de uma vivência global satisfatória e compensadora.

“Nem sei dizer o que gostava mais...gostava de tudo” (Suj.1)

A importância atribuída à casa (N=7; 10%), remete-nos para a ideia de um lugar onde os idosos se sentem livres para determinar a sua vida, bem como um lugar tranquilo que os deixa seguros.

“O que gostava mais era de estar na minha casa, se eu pudesse... Lá é que eu gostava de estar. Nada como a nossa casa...” (Suj.6)

As atividades de trabalho (N=9; 12.8%) e da vida diária (N=5; 7.1%) surgem como aspetos considerados importantes pelos idosos remetendo-nos para a ideia do idoso como sujeito ativo, a quem o trabalho e as atividades da rotina diária conferem utilidade e valor.

“Sempre gostei e gosto ainda do trabalho, gosto mesmo de trabalhar.” (Suj.18)

“(...) era estar por lá, ia lendo qualquer coisa, os jornais, ia sabendo das atividades, ia ouvindo os noticiários e entreter-me lá na propriedade a fazer qualquer coisa de produtivo.” (Suj.13)

As relações sociais (N=3; 4.3%) e as relações familiares são também tidos como aspetos gratificantes da vida anterior (N=3; 4.3%).

“Era o convívio com os amigos.” (Suj.2)

“(...)o que tinha mais prazer era da minha filha e da minha neta chegarem à noite e estar com elas” (Suj.15)

Surgem também verbalizações relacionadas com a autonomia e liberdade de ação na vida diária (N=2; 2.8%) e a existência de saúde (N=2; 2.8%).

“(...) sentava-me ali à noite a ver a televisão até às horas que eu quisesse... e aqui já não pode ser assim (...). Lá na minha casa estava até mais tarde porque me podia levantar às 9h e tal, 10h...” (Suj.5)

“Antes de vir para cá o que eu gostava mais... eu não sei o que gostava mais... era ter sorte e saúde [e a minha gente também!]” (Suj.20)

Em termos da análise quantitativa, nos aspetos de que os idosos mais gostavam situam-se em primeiro lugar as atividades (N=14; 20%), em segundo lugar encontramos a casa (N=7; 10%) e em terceiro lugar os relacionamentos sociais e familiares (N=6; 8.6%).

Em suma, encontram-se comunalidades ao nível das vivências anteriores à institucionalização e dos aspetos de que os idosos mais gostavam da sua vida, os quais

dizem sobretudo respeito às suas atividades (laboral e/ou de vida diária) e às relações sociais e familiares. A casa é também um dos aspectos que surge com maior peso enquanto algo de que mais gostavam na sua vida anterior à institucionalização, representando um espaço de afetos, de memórias e extensão da própria pessoa (Cristoforetti et al., 2011). Para além disso a casa constituía-se como um espaço de livre arbítrio e liberdade.

Evidencia-se o papel da atividade na vida dos idosos, uma vez que esta surge com grande expressão tanto enquanto aspecto da vida anterior à entrada na instituição como enquanto aspecto mais gratificante da mesma. É de ter em conta as mudanças associadas à entrada na reforma e também à entrada na instituição residencial como uma perda mais acentuada no que diz respeito aos estilos de vida, com mudanças ao nível do uso e ocupação do tempo (que passa de escasso à preocupação com a ocupação de tempo disponível) e das alterações das próprias relações sociais fruto do abandono de uma vida profissional ativa (Fonseca, 2012). De salientar que algumas das verbalizações se reportam à vida anterior à reforma, o que indica a grande importância do trabalho na vida destas pessoas. Sabemos que as alterações nesta dimensão da vida poderão trazer estados psicológicos mais negativos, o que nos coloca perante a necessidade de pensar em respostas que permitam ao idoso um sentimento de produtividade e utilidade, centrado não na quantidade do que se faz, mas na sua qualidade, valor e importância, tanto para a própria pessoa que produz, como para a pessoa que recebe esse produto. Para além dessa relação que se assemelha mais ao anterior contexto laboral, podemos também entender a atividade produtiva onde o provedor e o destinatário são a mesma pessoa, na realização de tarefas como as atividades domésticas, jardinagem (Siegrist, Knesebeck, & Pollack, 2004) ou quaisquer outras que sejam prazerosas para a pessoa, contrariando as barreiras que se colocam atualmente para a sua realização. A atividade e a ocupação do tempo surgem pois como aspectos fundamentais a ter em conta em contexto de estrutura residencial para idosos. As relações afetivas (quer sociais quer familiares) surgem como elementos importantes da vivência anterior e das vivências mais significativas dos idosos. Para além dos relacionamentos familiares, também os relacionamentos com amigos e vizinhos têm um papel determinante na vida das pessoas idosas, principalmente quando a família se encontra a maiores distâncias físicas, o que os coloca como uma fonte de suporte altamente importante na vida das pessoas idosas (Sherman, Vries, & Lansford, 2000; Sener, Oztop, Dogan, & Guven, 2008). Este é também um aspecto central que urge ter em conta no contexto de estrutura residencial.

3. Tema III. Motivos e Expectativas face à institucionalização

Este tema tem como principal objetivo identificar os motivos que levaram a pessoa a entrar para a estrutura residencial, bem como identificar emoções e as expectativas de ganhos e perdas que perspectivavam antes da entrada na instituição, estruturando-se este tema nestas três dimensões. Para tal, foram colocadas as seguintes perguntas: “Quais os motivos principais que o/a levaram a vir para o/a lar/instituição?” “Quando soube que vinha para o/a lar/instituição, o que é que pensou e sentiu?” e “Antes de entrar no/na lar/instituição que é que achava que ia ganhar e perder?”. A tabela 4 apresenta os resultados obtidos neste tema.

Tabela 4. Tema III. Motivos e Expectativas face à entrada na instituição: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-----|------|---------|---------|-----|
| III.I Motivos da entrada para a instituição | 1. Ausência de saúde | | 10 | 9.3 | 48 | 44.9 | |
| | 2. Viuvez | | 1 | 1 | | | |
| | 3. Ausência de Suporte | | 11 | 10.3 | | | |
| | 4. Idade | | 2 | 1.9 | | | |
| | 5. Insegurança | | 2 | 1.9 | | | |
| | 6. Relações Familiares | 6.1. Não sobrecarregar os filhos | | 7 | | | 6.5 |
| | | 6.2. Mau trato dos filhos | | 2 | | | 1.9 |
| | 7. Decisão do próprio | | 10 | 9.3 | | | |
| | 8. Decisão dos filhos | | 2 | 1.9 | | | |
| III.II Expectativas de ganhos face à entrada na instituição | 1. Cuidados | 1.1. Básicos | 5 | 4.7 | 36 | 33.6 | |
| | | 1.2. Médicos | 1 | 1 | | | |
| | 2. Segurança | | 6 | 5.6 | | | |
| | 3. Companhia | | 6 | 5.6 | | | |
| | 4. Despreocupação financeira | | 3 | 2.8 | | | |
| | 5. Não sobrecarregar os filhos | | 5 | 4.7 | | | |
| | 6. Bem-estar | | 5 | 4.7 | | | |
| | 7. Inexistência de ganhos | | 5 | 4.7 | | | |
| III.III Expectativas de perdas face à entrada na instituição | 1. Casa | | 6 | 5.6 | 23 | 21.5 | |
| | 2. Liberdade | | 3 | 2.8 | | | |
| | 3. Privacidade | | 1 | 1 | | | |
| | 4. Autonomia | 4.1. Dia-a-dia | | 2 | | | 1.9 |
| | | 4.2. Financeira | | 1 | | | 1 |
| | | 4.3. Escolhas Alimentares | | 2 | | | 1.9 |
| 5. Bem-estar | | 4 | 3.7 | | | | |
| 6. Inexistência de perdas | | 4 | 3.7 | | | | |
| Total | | | | | 107 | 100 | |

Como podemos observar, o volume de informação é díspar nas três dimensões surgindo por ordem decrescente: Motivos de entrada (N=48; 44.9%); Expectativas de ganhos (N=36; 33.6%) e Expectativas de perdas (N=23; 21.5%).

Os motivos que levaram os idosos a ir para a instituição são de quatro tipos distintos:

motivos centrados no próprio indivíduo tais como ausência de saúde, viuvez, ausência de suporte, idade e insegurança; motivos ligados a objetivos de relacionamento familiar tais como não sobrecarregar os filhos ou sair de situações de maus tratos; motivos de ordem administrativa burocrática como a existência de vaga na instituição; processos de decisão do próprio ou dos filhos.

Observa-se que os motivos de entrada na instituição têm essencialmente uma conotação negativa associada a perdas ou fragilidades, que se prendem com:

a) Ausência de saúde, quer do próprio quer do cônjuge.

“A falta de saúde (...) Eu caía andava sempre assim dos nervos, [de estar sozinha] e ver-me doente” (Suj.7)

“Depois ele variou... foi o maior desgosto que deus me deu na vida, ele não tinha juízo quando morreu, coitadinho... (...) ninguém o podia aturar lá em casa” (Suj.1)

b) Viuvez.

“A viuvez, [a idade...] [e a partir daí sentir-me sozinho (...)]um indivíduo sozinho lá numa casa é sempre difícil” (Suj.13)

c) Ausência de Suporte, ou seja, inexistência de apoio por parte de alguém.

“Por causa de não ter ninguém que olhasse por mim” (Suj.6)

d) Idade.

“Foi a idade... o meu pai tinha morrido com 72 anos, a minha mãe com 70, a minha sogra bastante nova, o meu sogro também chegou aos 70.” (Suj.9)

e) Relações Familiares que desejam de algum modo preservar ao não querer sobrecarregar os filhos ou pelo contrário evitar maus-tratos.

“Os principais motivos foi...pensei sempre não dar preocupações aos filhos...de eles terem que me acolher em casa ou irem a minha casa tratar de mim... sempre fui contrário a essa ideia...” (Suj.16)

“(...)da minha filha que lá tenho em casa, que não se portava muito bem comigo...achei que ela não, não devia dizer certas coisas que me dizia (...)ela começou a tratar-me mal, a fazer certas coisas que não devia e eu disse “não, não estou pra isto” (Suj.5)

É ainda referida a existência de vaga (N=1; 0.9%) na instituição como motivo de entrada.

“(...) E depois dormir...tinha vez... quando eu para cá vim para dormir era assim, a nossa vez... tinha 4 anos de andar para trás e para diante... e depois tinha a vez para dormir! A minha filha não queria... custou-lhes muito a querer... mas a gente sofre muito a andar para trás e para a frente...depois perdía a vez, quando é que a apanhava? Eu não a queria perder e foi todo o bem que eu fiz” (Suj.12)

Algumas verbalizações indicam que a decisão de entrada na instituição foi de facto tomada pelos próprios idosos (N=10; 9.3%) tendo por base os motivos que mencionaram e outras indicam que esta decisão foi tomada pelos filhos (N=2; 1.8%)

“(...) porque eu sempre quis vir para o lar... foi de minha livre vontade... desde nova comecei a juntar dinheiro para vir par ao lar” (Suj.7)

[Olhe foi a vida não correr bem com a minha filha]...fui praticamente obrigada!” (Suj.4)

Em termos da análise quantitativa relativamente aos aspetos mais negativos, encontramos em primeiro lugar a ausência de suporte (N=11; 10.3%), em segundo lugar a ausência de saúde (N=10; 9.3%) e a tomada de decisão do próprio idoso (N=10, 9.3%) e em terceiro lugar as relações familiares (N=9; 8.4%), onde se destaca o facto de não quererem sobrecarregar os filhos. Todos os outros aspetos apresentam um carácter mais residual.

Em suma, a ausência de saúde é o motivo com maior número de verbalizações, o qual evidenciam Siegrist et al. (2004) a par da perda do cônjuge como uma das variáveis mais frequentemente mencionadas quando falamos da satisfação com a vida e bem-estar sendo que, particularmente nesta faixa etária, a vulnerabilidade nestes aspetos torna-se mais evidente (Azeredo, 2016), o que explica as várias referências a este aspeto como motivo da institucionalização. Também um estudo realizado por Daniel et al. (2015), evidencia que a dependência/doença e a solidão são os principais motivos que levam os idosos a procurar esta resposta institucional. Ainda que vários idosos tenham referido que a decisão da institucionalização foi tomada por si, encontramos igualmente referências a ausência de suporte e à manifestação do desejo de não sobrecarregar os filhos, o que nos deve levar a refletir sobre este processo de decisão e sobre o papel da família nos dias de hoje. Apesar de a família ocupar uma posição e papel preponderantes na rede social ainda hoje (Siu & Phillips, 2002), nem sempre presta o suporte instrumental e emocional desejável, o que faz com que os idosos procurem outra resposta para suprimir as suas necessidades. Neste sentido importa também repensar o papel dos cuidadores formais indo para além da prestação de cuidados, ou seja, enquanto fonte de suporte emocional.

Relativamente à segunda dimensão, i.e., “Expectativas de ganhos face à entrada na instituição”, são enunciados seis ganhos distintos:

a) cuidados, sejam eles básicos (N=5; 4.7%) ou médicos (N=1; 1%);

“(...)a gente tem que ter uma pessoa para tratar da gente” (Suj.12)

“(...)um médico... porque eu andava a fazer um tratamento e tinha que fazer análises” (Suj.5)

b) segurança (N=6; 5.6%), sendo que os idosos referem que pretendiam ter mais sossego e descanso, sentindo-se tranquilos e sem medo;

“(...)senti-me bem, mais tranquila...durmo melhor, eu já não dormia...estava sempre com medo” (Suj.8)

c) companhia (N=6; 5.6%), na medida em que deixavam de estar sós e tinham pessoas com quem podiam conversar.

“(...)pensei...vou descansar, vou sossegar a minha cabeça e não pensar mais nisso (...)o que podia ganhar era mais descanso” (Suj.5)

“(...)senti-me bem, mais tranquila...durmo melhor, eu já não dormia...estava sempre com medo” (Suj.8)

“Vinha ganhar porque vinha pela companhia” (Suj.6)

d) despreocupação financeira (N=3; 2.8%).

“(...) não tenho dinheiro, não sei dele...ficou a minha filha, mas isso não me interessa (...) [o dinheiro acabou, para mim... agora tu tomas conta dele... se quiseres enterrar a gente tens que ter dinheiro para isso, se quiseres comprar um caixão tens que ter dinheiro...] e eu não me ralo nada com isso, porque o dinheiro está lá...”(Suj.1)

e) Não sobrecarregar os filhos, o que manifesta a relutância dos idosos em constituir-se como um elemento dependente e que poderia colocar em causa a vida e rotina dos filhos.

“(...)O receio que estava aqui...era pra não estar a dar fezes aos filhos” (suj.3)

f) Bem-estar (N=5; 4.7%), referindo-se sentimentos positivos, ainda que encarem a entrada no lar como uma inevitabilidade, com a qual têm que lidar.

“Com todo prazer, vim com todo o gosto... eu quase que tinha sempre a certeza que me vinha adaptar bem, conforme me adaptei!” (Suj. 16)

“Senti alegria [e tristeza]. Senti que vinha para bem porque sempre tinha de vir para um lar [mas deixava a minha casa, foi o que senti]” (Suj.20)

Outras verbalizações indicam a perspetiva de não obter quaisquer tipos de ganhos, afirmando-o de forma clara (N=5; 4.7%).

“Ganhar...não pensei nunca em ganhar nada” (suj.11) ou “Nada... nem ganhar nada [nem perder nada!]” (suj.15).

Em termos da análise quantitativa podemos dizer que os idosos vislumbravam mais ganhos que perdas e diversos tipos de ganhos (N=31; 29%) comparativamente às referências sobre a sua inexistência (N=5; 4.7%). As expectativas de ganhos mais enunciadas reportam-se à obtenção de cuidados sobretudo básicos (N=6; 5.6%), segurança (N=6; 5.6%), companhia (N=6; 5.6%), não sobrecarregar os filhos (N=5; 4.7%) e obter bem-estar geral (N=5; 4.7%). Em suma, as expectativas de ganhos prendem-se essencialmente com aspetos nos quais os idosos sentem alguma vulnerabilidade, tendo alguma dificuldade em dar-lhes uma resposta por si mesmos, o que faz com que perspetivem na resposta institucional o suprimir dessas suas necessidades. O objetivo de “Não sobrecarregar os filhos” surge tanto como motivo de entrada na instituição como expectativa de ganho o que deve merecer a nossa atenção. Podemos compreender este receio em tornar-se um “peso”/um fardo para o outro à luz da cultura e tradições ocidentais onde a produtividade e a capacidade de retribuição são muito valorizadas. Também diferentes eventos de vida, como doença ou conflitos

familiares, poderão implicar uma maior percepção de ser um “fardo” para outros (Guidry & Cukrowicz, 2016). Existem evidências de que quando as pessoas idosas percebem a sua dependência face a outros (principalmente se forem pessoas próximas) e se confrontam com a falta de autonomia e impossibilidade de retribuir a ajuda recebida, tende a existir uma diminuição da sua autoestima, levando mesmo à insatisfação, stress e a estados depressivos (Ramos, 2002).

No que concerne à terceira dimensão, i.e., “Expectativas de perdas face à entrada na instituição”, verificamos vários tipos de perdas que se prendem essencialmente com a casa, liberdade, privacidade, autonomia e bem-estar.

Relativamente à casa (N=6; 5.6%), os idosos evidenciam um sentimento de tristeza claro perante a perda de algo que é muito importante para si.

“Ia perder a minha casa...para sempre! Foi o que eu achei. Perdia a minha casa e as minhas coisas tão boas!” (Suj.4)

“(...) deixava a minha casa... e acho que qualquer pessoa é muito triste... a gente ver as nossas coisinhas, uma vida inteira a trabalhar... mas são coisas que acontecem...” (Suj.14)

A liberdade (N=3; 2.8%) e privacidade (N=1; 1%) são também aspetos mencionados como expectativa de perda.

“Eh, podia perder a minha liberdade de lá estar for e depois vir para um sítio onde pudesse estar condicionado a tudo, onde eu estive sempre livre propriamente dito e isso condicionava-me um tanto ou quanto” (Suj.13)

“(...)Perder... a gente à nossa vontade está na nossa casa...não está na nossa casa temos de aguentar o que aparece” (Suj.6)

A perda de autonomia (N=5; 4.7%) foi motivo de preocupação para vários idosos, nomeadamente em aspetos relacionados com o dia-a-dia, com a gestão financeira e com as escolhas alimentares.

“Achei que ia ter aborrecimentos... que a minha vida ia mudar, conforme mudou! Antes tinha a liberdade de sair, aqui também tinha...mas tou impedido de sair devido à minha condição física... foi uma volta de 180 graus, completamente.” (Suj.17)

“[(...) não tenho dinheiro, não sei dele...ficou a minha filha, mas isso não me interessa](...) o dinheiro acabou para mim, agora tu tomas conta dele...se quiseres enterrar a gene tens que ter dinheiro para isso, se quiseres comprar um caixão tens que ter dinheiro... [e eu não me ralo com isso, porque o dinheiro está lá]” (Suj.1)

“(...) a parte alimentar a gente lá come mais ou menos aquilo que agrada e que pode...e cá é o que está, isso é um ponto também forte das pessoas... se são pessoas muito requintadas na alimentação são difíceis de se adaptar num lar, em que hoje e é uma coisa amanhã é outra, umas vezes agrada outras vezes não agrada...” (Suj.13)

Possivelmente estes aspetos e outros não mencionados de forma específica pelos idosos resultaram também numa expectativa de perda de bem-estar (N=4; 3.7%).

“Que vinha sofrer...vinha sofrer...” (Suj.6)

Encontram-se também verbalizações indicadoras de não se terem perspectivado quaisquer tipos de perdas expectáveis com a entrada na instituição(N=4; 3.7%).

“Nunca achei nada que perdesse.” (Suj.19)

Em termos da análise quantitativa os idosos vislumbravam vários tipos de perdas (N=19; 17.8%) comparativamente à expectativa de ausência de perdas (N=4; 3.7%). Identificamos três principais expectativas de perdas, sendo elas a casa (N=6; 5.6%), a autonomia (N=5; 7%), especificamente nos aspetos do dia-a-dia, da alimentação e em termos económicos e do bem-estar (N=4;3.7%). Em suma, podemos dizer que a perda da casa se prende com a perda de um espaço que permite uma maior independência (Hillcoat-Nallétamby, 2014) e privacidade, que é uma fonte de segurança e que representa uma história de vida que o sujeito construiu durante anos (Riedl et al., 2013). Podemos então colocar algumas interrogações, nomeadamente “em que medida o espaço institucional se pode assemelhar a uma casa?” ou “este novo espaço está preparado para dar resposta às necessidades dos idosos, ao mesmo tempo que lhes permite um sentimento de verdadeiro lar?”. No que diz respeito à autonomia, encontramos principalmente a noção da perda das rotinas de uma vida comum e do poder de escolha sobre aquilo que mais gostam (e.g., alimentação), sujeitando-se ao que lhes é dado. Devemos atender a que as práticas alimentares não representam apenas uma satisfação de uma necessidade fisiológica, mas também das necessidades psicológicas, sociais e culturais (Santos & Ribeiro, 2011), o torna evidente que os idosos não podem ser colocados à margem de qualquer processo de tomada de decisão e deste âmbito em particular.

4. Tema IV. Direitos

Este tema tem como principal objetivo compreender a representação sobre os direitos, liberdades e garantias que os idosos consideram dever ter em geral e no contexto específico da estrutura residencial. Este é o único que tema que se divide em quatro subtemas com vista a um maior aprofundamento. O primeiro subtema prende-se com a perceção dos idosos acerca dos direitos nesta fase do ciclo de vida e no contexto institucional. Os restantes subtemas prendem-se com a perceção de direitos específicos no contexto residencial, i.e., com a perceção do poder de decisão, com a perceção acerca da autonomia executiva (i.e., implementação das suas decisões) e com a perceção da liberdade. Os dados são ilustrados pela tabela 5.

Tabela 5. *Tema IV. Direitos: Subtemas: Dimensões, frequência e percentagens*

| Subtema | Dimensões | Total N | Total % |
|----------------------|---|---------|---------|
| IV.I Direitos Gerais | IV.I.I Perceção de direitos gerais que consideram que devem ter | 47 | 17 |
| | IV.I.II Direitos na instituição | | |

(continua)

(continuação)

| Subtema | Dimensões | Total N | Total % |
|----------------------------|--|---------|---------|
| IV.II Poder de decisão | IV.II.I Decisão na instituição | 38 | 13.7 |
| | IV.II.II Decisão sobre a sua vida | | |
| IV.III Autonomia Executiva | IV.III.I Implementação da decisão sobre rotinas da instituição | 109 | 39.6 |
| | IV.III.II Possibilidade de escolher atividades | | |
| | IV.III.III Realização de atividades exteriores à instituição | | |
| IV.IV Liberdade | IV.IV.I Percepção da liberdade dentro da instituição | 82 | 29.7 |
| | IV.IV.II Percepção sobre a possibilidade de fazer uma queixa | | |
| Total | | 276 | 100% |

É de salientar que na apresentação das tabelas de cada um dos diferentes subtemas a obtenção do “N” e da “%”, à semelhança dos temas anteriores, é realizada por relação com o número total de verbalizações do tema direitos no seu conjunto (i.e., N=276; 100%) (Anexo 7).

4.1. Subtema IV.I. Direitos Gerais

Este subtema tem como principal objetivo identificar a percepção que os idosos têm sobre os seus direitos nesta faixa etária em geral e no contexto de estrutura residencial estruturando-se nessas duas dimensões. Os dados foram obtidos através de duas perguntas abertas: “Que direitos acha que as pessoas idosas devem ter? Porquê?” e “E aqui no/na lar/instituição, os idosos têm esses direitos?”. A tabela 6 apresenta os resultados obtidos neste subtema.

Tabela 6. *Subtema IV.I. Direitos Gerais: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------|-----|---------|---------|
| IV.I.I Percepção de direitos gerais que consideram que devem ter | 1. Direito ao cuidado | 1.1. Ser bem tratado | 8 | 2.9 | 27 | 9.8 |
| | | 1.2. Segurança | 1 | 0.4 | | |
| | | 1.3. Individualização | 1 | 0.4 | | |
| | | 1.4. Afeto | 3 | 1.1 | | |
| | | 1.5. Respeito | 3 | 1.1 | | |
| | | 1.6. Alimentação de qualidade | 2 | 0.7 | | |
| | 2. Saúde | | 2 | 0.7 | | |
| | 3. Reforma | | 1 | 0.4 | | |
| | 4. Vida ativa | | 1 | 0.4 | | |
| | 5. Liberdade | 5.1. Em geral | 3 | 1.1 | | |
| | | 5.2. De expressão | 1 | 0.4 | | |
| | 6. Ausência de direitos | | 1 | 0.4 | | |
| | IV.I.II Direitos na instituição | 1. Existência | 1.1. Em geral | 4 | | |
| 1.2. Ser bem tratado | | | 3 | 1.1 | | |
| | | 1.3. Cuidados de saúde | 1 | 0.4 | | |
| | | 1.4. Alimentação de qualidade | 1 | 0.4 | | |
| 2. Dependente do cuidador | | | 3 | 1.1 | | |

(continua)

(continuação)

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % |
|---------------------------------|-----------------|-------------------------------|---|-----|---------|---------|
| IV.1.II Direitos na instituição | 3. Inexistência | 3.1. Em geral | 2 | 0.7 | 20 | 7.2 |
| | | 3.2. Ser bem tratado | 1 | 0.4 | | |
| | | 3.3. Afeto | 1 | 0.4 | | |
| | | 3.4. Respeito | 2 | 0.7 | | |
| | | 3.5. Alimentação de qualidade | 2 | 0.7 | | |
| Total | | | | | 47 | 17 |

Os participantes consideram que devem existir cinco direitos gerais dos idosos: o direito ao cuidado (N=18; 6.5%), à liberdade (N=4; 1.4%), à saúde (N=2; 0.7%), à reforma (N=1; 0.4%), e à vida ativa (N=1; 0.4%). Só uma única verbalização, correspondente a um único participante, expressa a ideia que nesta fase do ciclo de vida as pessoas já não têm quaisquer direitos.

O direito ao cuidado é o mais mencionado reportando-se a:

a) qualidade dos cuidados de uma forma geral (N=8; 2.9%).

“Direitos...ser bem tratadas, que estão na fase final da vida...” (Suj.7)

b) aspetos afetivo-relacionais como afeto e respeito (6; 2.2%).

“acho que deve ser carinho da outra gente...” (Suj.20)

“Respeito...serem respeitadas!” (Suj.17)

c) alimentação de qualidade (N=2; 0.7%).

“(...) não falta comer, mas é mal feito, não tem tempero, não tem gosto...a gente depois não tem vontade de comer, fica tudo no prato... depois vai tudo para o lixo... não tem tempero, não sabe a nada...” (Suj.11)

d) como segurança (N=1; 0.4%), individualização e personalização do cuidado (N=1; 0.4%).

“De repararem pela gente... de olharem pela gente...” (Suj.12)

“Olhe, não precisávamos de mais nada nesta vida, que as pessoas que tratam da gente tivessem consideração pela nossa situação... é a situação, esta situação é tratada assim ou vai ser assim, cada uma da sua maneira, à medida da situação... seria este mundo um bocadinho melhor. Pensar assim “tu precisas disto, tu precisas mais” e fazer... Era o que havia muita gente que me dizia, porque nós somos pessoas humanas, todos merecemos uma coisa qualquer que nos ajude, e há pessoas que não têm...” (Suj.1)

O direito à liberdade é o segundo direito mais mencionado sendo conceptualizado pelos idosos como um direito geral (N=3; 1.1%) e como um direito de liberdade de expressão que devem ter (N=1; 0.4%).

“os direitos de liberdade (...) Têm de ter a liberdade de viver, de poderem viver” (Suj.13)

“(...) e agora porque é que havemos de estar praticamente numa prisão...? Não pode falar, não poder dizer, não poder conversar... isso é triste! Isso é triste” (Suj.4)

Direitos como saúde (N=2; 0.7%), reforma N=1; 0.4) e vida ativa (N=1; 0.4) são menos mencionados, embora estejam presentes nas verbalizações dos idosos.

“Ter saúde que há muitos que não têm, eu também já tenho problemas de joelhos e nos ombros” (Suj.18)

“(…)dar a reformazinha à gente, não temos mais nada...” (Suj.6)

“(…) fazer qualquer coisa.... Eu, agora, é que estou mais tempo parada... às vezes no quintal cavava e fazia isto...” (Suj.10)

Em termos da análise quantitativa verificamos que em primeiro lugar surge o direito ao cuidado (N=18; 6.5%), destacando-se o direito a ser bem tratado (N=8; 2.9%). Em segundo lugar, evidencia-se o direito à liberdade (N=4; 1.4%) sobretudo em termos gerais (N=3; 1.1%). Os restantes aspetos apresentam um carácter mais residual.

Em suma, evidencia-se que o direito ao cuidado é um dos direitos mais mencionados pelos os idosos remetendo para a qualidade do cuidado em diferentes aspetos. Identificamos aspetos relacionados com uma vertente emocional e relacional e outros relativos a segurança, conforto e prestação de cuidados básicos. As diversas referências a “Ser bem tratado” remetem-nos sobretudo para uma ideia de direito ao cuidado com afetividade e qualidade. “Ser bem tratado” é de facto um direito que permite uma vida digna e que particularmente no caso dos idosos que se encontram dependentes do cuidado institucional merece ainda mais atenção, dado que estes se encontram num ambiente que pode encontrar-se associado a múltiplas perdas, anteriores à institucionalização e que a mesma deveria tentar colmatar através da introdução e fortalecimento de fatores protetores e diminuição ou eliminação de fatores de risco da institucionalização. A não satisfação das necessidades quotidianas e a falta de cuidado constituem negligência, podendo verificar-se por vários motivos entre os quais o desconhecimento para identificar sintomas e necessidades do idoso, exaustão física e psicológica ou ainda falta de competências sociais e psicológicas para o desempenho da função de cuidador (Gil, 2010).

No nosso estudo os direitos à saúde, reforma e vida ativa foram escassamente referidos. No entanto, no estudo de Costa e Campos (2009) os idosos referiram-se à conquista dos seus direitos sociais em questões direcionadas para o direito à reforma e ao respeito, vislumbrando esta fase do ciclo de vida como merecedora de respostas políticas e sociais que evitem o abandono e promovam a continuação do idoso na sua família, na relação com os amigos e como parte de uma sociedade na qual são valorizados. É natural que surjam também as questões ligadas à saúde, uma vez que para os idosos o envelhecimento é portador da perda de capacidades físicas e psicológicas.

A liberdade para gerir a própria vida é também um aspeto de grande importância, pois relaciona-se com a possibilidade de tomar decisões, tornando o processo de

envelhecimento mais prazeroso e significativo (Celich, Creutzberg, Goldim, & Gomes, 2010).

Relativamente à existência de direitos dos idosos na instituição os participantes expressam duas opiniões dicotômicas praticamente com o mesmo peso: que os direitos que os idosos devem ter existem na estrutura residencial (N=9; 3.3%) e que os mesmos são inexistentes (N=8; 2.9%). Existem ainda algumas verbalizações que expressam a ideia de que a existência de direitos dos idosos em contexto institucional se encontra dependente do cuidador (N=3; 1.1%).

“Têm, têm esse direito” (Suj13)

“Não temos não senhora porque se a gente se queixa não somos atendidos” (Suj.17)

“Às vezes não é de quem manda é delas [as auxiliares] que aí andam” (Suj.9)

Em suma, os dados obtidos revelam que a existência real de direitos considerados pelos idosos como importantes nesta sua fase do ciclo de vida é algo problemático e nem sempre presente em contexto institucional.

É também de realçar o poder real que os cuidadores da instituição detêm efetivamente sobre os utentes e a sua centralidade na qualidade de vida quotidiana e no efetivo acesso dos idosos aos seus direitos. Assim, afigura-se importante implementar ações que visem o desenvolvimento de mais e melhores competências nos cuidadores, de forma a que estes estejam preparados e disponíveis para responder às necessidades e especificidades dos idosos com os quais lidam diariamente.

4.2. Subtema IV.II. Poder de decisão

Este subtema tem como principal objetivo conhecer a perceção do poder de decisão existente por parte dos idosos, ou seja, trata-se agora de averiguar do efetivo exercício de direitos basilares não só em contexto institucional mas também da sua existência em sentido lato. Os dados foram obtidos através de duas perguntas: “O que é que o/a senhor/senhora pode escolher/decidir aqui no/na lar/instituição?” e “O que é que pode decidir sobre a sua vida?”. A tabela 7 apresenta os resultados obtidos neste subtema.

Tabela 7. *Subtema IV.II. Poder de decisão: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----|-----|---------|---------|
| IV.II.I Decisão na instituição | 1. Inexistência de decisão | | 18 | 6.5 | 18 | 6.5 |
| IV.II.II Decisão sobre a sua vida | 1. Existência | 1.1. Em geral | 2 | 0.7 | | |
| | | 1.2. Visitar a casa e a família | 1 | 0.4 | | |
| | | 1.3. Realizar atividades do dia-a-dia | 3 | 1.1 | | |

(continua)

(continuação)

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---|-----|---------|---------|
| IV.II.II Decisão sobre a sua vida | 2. Inexistência | 2.1. Conformismo | 7 | 2.5 | 20 | 7.2 |
| | | 2.2. Devido à idade | 4 | 1.4 | | |
| | | 2.3. Saúde | 1 | 0.4 | | |
| | | 2.4. Perda de controlo financeiro | 1 | 0.4 | | |
| | | 2.5. Morte do cônjuge | 1 | 0.4 | | |
| Total | | | | | 38 | 13.7 |

As verbalizações expressam exclusivamente a ausência de poder de decisão no contexto institucional (N=18; 6.5%).

“Escolher, eu? Nada... Como o que me põem à frente, bebo o que me põem à frente... não tenho nada a decidir” (Suj.1)

“Nada, não tenho nada que decidir no lar.” (Suj.20)

A inexistência do poder de decisão destes idosos sobre a sua vida é fortemente verbalizada (N=14; 5.1%) o que surge associado ao conformismo, à idade e perdas de saúde, de poder financeiro e morte do cônjuge.

“Não... o que tenho, tenho e acabou. Estou conformada com o que tenho!” (Suj.1)

“A minha vida está no fim... já estou velha, não vejo, daqui a pouco não ando...” (Suj.8)

“Não decido nada, digo à filha que preciso disto ou daquilo e tudo me aparece... a minha filha é que recebe a reforma, divide o dinheirinho, paga... compra-me tudo quanto faz falta e pronto.” (Suj.12)

“Mais nada... já não decido mais nada! Como viúva, já não decido mais nada!” (Suj.4)

No entanto, algumas verbalizações evidenciam a existência do poder de decisão sobre a sua vida de uma forma geral não especificada e no que respeita à realização de atividades no dia a dia, a visitar a sua casa e família (N=6; 2.2%). No entanto, tal poder de decisão sobre a sua vida surge como circunscrito e limitado.

“Ainda decido a minha vida.” (Suj.19)

“É ir indo e pronto... posso decidir a costurar, assim ainda faço” (Suj.9)

“Pouca coisa, muito pouca coisa... é só ir à minha casa, ver os meus netos... a minha vida é só ir vê-los...” (Suj.5)

Em termos da análise quantitativa verificamos em primeiro lugar a inexistência de oportunidades de decisão no contexto da instituição (N=18; 6.5%). Em segundo lugar surge a inexistência de oportunidades de decisão sobre a sua vida (N=14; 5.1%), emergindo o conformismo (N=7; 2.5%) como uma das principais explicações. Em terceiro lugar, surge existência de oportunidades de decisão sobre a sua vida (N= 6; 2.2%), destacando-se a realização de atividades do dia-a-dia (N=3; 1.1%).

Em síntese, os dados indicam que o poder de decisão dos idosos é visto pelos mesmos como inexistente no contexto institucional. Estes dados são consonantes com a percepção anteriormente identificada sobre a ausência de direitos em geral dos idosos

na instituição. De facto podem existir diversas barreiras à possibilidade de decidir. Segundo Tuominen et al. (2015), tais barreiras podem ser internas (relacionadas com a incapacidade do sujeito se deslocar e com a dependência de outros para as tarefas quotidianas) e externas (relativas a rotinas e falta de cuidadores bem como as regras institucionais). Não obstante, os idosos devem ter a possibilidade de determinar sobre os seus próprios interesses e valores, sob pena de se acentuar a sua ideia de dependência do outro e sentimentos de conformismo e aceitação acrítica do que a vida lhes reserva, posicionando-se numa perspetiva de desejo do fim da própria vida.

4.3. Subtema IV.III. Autonomia Executiva

Este subtema tem como principal objetivo identificar a perceção dos idosos acerca da implementação das suas decisões dentro da instituição relativamente a aspetos estruturantes do quotidiano tais como deitar e levantar, atividades durante o dia e comunicação e liberdade de ação no contacto com o exterior. Os dados foram obtidos através de quatro perguntas: “Pode deitar-se quando quer durante o dia?”, “Pode deitar-se e levantar-se às horas que quer?”, “Há atividades aqui no dia-a-dia do/dar/instituição em que participa? Pode escolher em quais?” e “Se quiser sair do/dar/instituição para fazer alguma atividade pode fazê-lo quando quiser?” A tabela 8 apresenta os resultados obtidos neste subtema.

Tabela 8. *Subtema IV.III. Autonomia Executiva: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % |
|---|--|---|----|-----|---------|---------|
| IV.III.I Implementação da decisão sobre rotinas da instituição | 1. Possibilidade de ir para o quarto durante o dia | 1.1. Pode decidir | 14 | 5.1 | 62 | 22.5 |
| | | 1.2. Não pode decidir | 6 | 2.2 | | |
| | | 1.3. Apenas por doença | 2 | 0.7 | | |
| | 2. Decisão sobre as horas levantar | 2.1. Pode decidir | 12 | 4.3 | | |
| | | 2.2. Não pode decidir | 8 | 2.9 | | |
| | | 3. Existência de decisão sobre as horas de deitar | 20 | 7.2 | | |
| IV.III.II Atividades na instituição | 1. Participação | 1.1. Existência | 14 | 5.1 | 25 | 9.1 |
| | | 1.2. Escassas oportunidades de escolha | 4 | 1.4 | | |
| | 2. Não Participação | 2.1. Por motivos funcionais | 5 | 1.8 | | |
| | | 2.2. Ausência de interesse | 2 | 0.7 | | |
| | | 3. Desconhecimento | 1 | 0.4 | | |
| IV.III.III Atividades exteriores à instituição | 1. Existência de autonomia de saídas | 1.1. Em geral | 9 | 3.3 | 22 | 7.9 |
| | | 1.2. Informação Prévia | 5 | 1.8 | | |
| | 2. Inexistência de autonomia de saídas | 2.1. Os filhos não permitem | 1 | 0.4 | | |
| | | 2.2. Condicionada por decisão da instituição | 2 | 0.7 | | |
| | 3. Desconhecimento | 2.3. Limitações funcionais | 4 | 1.4 | | |
| | | | | 1 | | |
| Total | | | | | 109 | 39.6 |

Verificamos que relativamente a poder deitar-se quando quiser e a levantar-se quando quiser as verbalizações correspondem ao número de participantes. Assim, todos os idosos referem que podem decidir sobre as horas de deitar (N=20). Relativamente à possibilidade de determinar a hora de acordar, a maioria dos idosos referem que a podem determinar (N=12), enquanto outros referem a inexistência dessa possibilidade (N=8). No entanto, em ambas as situações esta decisão está em parte condicionada pelas rotinas e regras da própria instituição.

“(...) à noite é deitar quando quer desde que saímos do refeitório” (Suj.20)

“(...) de manhã levanto-me às 7h mas se quiser levantar um bocadinho mais tarde também levanto...” (Suj.8)

“Também não é bem assim (...) para levantar... depois se eu quiser ficar têm que me lá ir buscar de propósito e isso já mexe com o trabalho delas... se eu me levantar à hora certa ficam descansadas, se eu ficar lá elas vêm fazer o de baixo e ainda têm de voltar lá a cima...” (Suj.1)

No que respeita à possibilidade de ida para o quarto durante encontramos verbalizações que referem a existência dessa mesma possibilidade (N=14; 5.1%), outras que referem a sua inexistência(N=6; 2.2%) e que esta possibilidade só existe quando os idosos se encontram em situação de doença (N=2; 0.7%).

“Posso sim... tenho ordem (...) desde que para cá vim... poucas vezes venho, mas às vezes apetece-me! Incham-me as pernas ... descalço os sapatos e ponho-me ali à vontade” (Suj.9)

“Não, isso é que não deixam... não deixam a gente ir para os quartos (...) as de cima têm de ir pelo elevador, eu não posso subir as escadas... não deixam a gente subir, e como temos que ir no elevador não deixam...” (Suj.1)

“(...) aqui, só cá ficamos se estivermos doentes...” (Suj.12)

Em suma, podemos referir que os idosos consideram ter autonomia para implementar as suas decisões em termos das rotinas de sono e de descanso na instituição (acordar e deitar durante o dia ou à noite. Porém, encontramos indicadores de que as rotinas da instituição também se sobrepõem em parte ao livre arbítrio dos idosos já que existem referências à impossibilidade de ir para o quarto durante o dia e não poder levantar-se às horas a que se poderia desejar fazê-lo (N=14; 5.1%). Tal parece assentar em regras não só explícitas como latentes da instituição.

A participação em atividades na instituição é maioritariamente considerada como existindo (N=14; 5.1%). Porém é também expressa a ideia de que são escassas as oportunidades de escolha e participação em atividades do seu interesse (N=4; 1.4%).

“Sim...a ginástica, por exemplo (...) às piscinas (...). Posso escolher...as outras atividades não me dizem nada... e não participo” (Suj.5)

“(...) o tempo que se anda aqui a balhar fandango, deviam era ter feito aqui uma escola para os velhotes, para a gente aprender a ler... uma profissãozita qualquer para um gajo dizer assim “tenho aqui este jornal ou este papel e ainda sei o que aqui está a dizer...”. Isso é que era, eu já disse aí... no lugar de certas coisas, mais valia... um gajo aprender a ler!” (Suj.3)

Alguns idosos referem uma desistência da participação em atividades (N=7; 2.5%), por motivos funcionais (N=5; 1.8%), por falta de vontade ou perda de interesse ou devido a sentirem-se excluídos (N=2; 0.7%).

“Antes participava mais... agora não, não sou capaz!” (Suj.10)

“Não tem atividades...vão às piscinas... e há sempre as pessoas escolhidas, uma vez convidaram-me, mas eu disse que não podia ir... É só aquele grupinho....só aquele grupinho! Não tou interessado em escolher nada...” (Suj.17)

Em termos da análise quantitativa sobre a escolha de atividades na instituição encontramos em primeiro lugar a possibilidade de participação (N=18; 6.5%), em segundo lugar a ausência de participação (N=7; 2.5%), entre os quais se destaca como motivo a funcionalidade (N=5; 1.8%).

Em suma, os idosos consideram que existem atividades que podem realizar na instituição, porém as atividades disponibilizadas estão mais ligadas a aspetos de saúde física e ocupacional. Na opinião de alguns idosos as atividades são pouco estimulantes não correspondendo quer a alguns anseios quer ao papel que deveriam ter, i.e., de promoção de desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida. Como tal, podemos inferir que as oportunidades de realização pessoal dos idosos são praticamente inexistentes. Interrogamo-nos sobre se as instituições têm consciência da possibilidade, desejabilidade e pertinência da realização pessoal nesta faixa etária. Nesse sentido, deveriam ser encontradas formas de promover uma maior envolvência dos idosos em atividades estimulantes e enriquecedoras e em atividades culturais e de participação ativa na vida da comunidade que poderiam contribuir para um incremento do seu interesse pela vida e sentimento de pertença. Clemente, Frazão e Mónico (2012), evidenciam que os idosos que realizam atividades culturais e ativas apresentam atitudes mais favoráveis face ao envelhecimento, quando comparados com aqueles que realizam atividades mais passivas, sendo que estes últimos apresentam também sentimentos de insatisfação, solidão e agitação.

A evocação dos motivos funcionais como motivo da não-participação é um aspeto que deve ser tido em conta, considerando-se outras formas de adaptar as atividades padrão às necessidades e especificidades dos utentes destas instituições. Podemos evidenciar que esta perda de interesse em participar nas atividades, pode dever-se à falta de ligação aos outros e à não-perceção de si como parte daquele grupo social. No entanto, a não participação deve ser igualmente respeitada, pois como já mencionamos é importante que os idosos possam decidir aquilo que querem e não querem fazer, implementando as suas escolhas.

Relativamente à possibilidade de saída da instituição para realizar uma qualquer atividade a maior parte das verbalizações indica a existência de autonomia (N=14; 5.1%). Uma análise mais fina permite compreender que tal autonomia se encontra regulada pela regra de aviso prévio na instituição.

“Posso... não se importam. Avisa-se e a gente sai” (Suj. 7)

A consideração de que não existe autonomia para sair da instituição (N=7; 2.5%), prende-se com proibição por parte dos filhos, com um condicionamento e dependência da autorização da instituição ou ainda com a existência de limitações funcionais. Apenas um idoso refere que não ter conhecimento sobre esta questão (N=1; 0.4%).

“Posso...até à data ninguém me pôs obstáculos para sair” (Suj.2)

“Não, não tenho ordem da minha filha (...) Mas também não posso. O meu físico não pode, tenho dores não posso andar aí a andar...” (Suj. 1)

“Quando eu quiser não, é quando elas deixam!” (Suj. 11)

“Não sei se podia se não podia, ainda não perguntei!” (Suj.4)

Em termos da análise quantitativa, encontramos em primeiro a existência de autonomia de saídas (N=14; 5.1%), em segundo lugar a inexistência de autonomia de saídas (N=7; 2.5%), destacando-se as limitações funcionais como um dos seus motivos (N=4; 1.4%). As atividades e a ocupação do tempo livre remetem-nos para os referenciais anteriores do trabalho, a noção de rotinas e o cumprimento de horários, os quais são organizadores e proporcionam aprendizagens, permitindo envelhecer de forma ativa e saudável (Gil & Santos, 2012). Ainda que a participação em atividades no seio da estrutura residencial se constitua como um aspeto importante dado que permite ultrapassar sentimentos de insatisfação e solidão (Clemente, Frazão e Mónico, 2012), a sua realização num contexto exterior é de grande relevância uma vez que permite a criação ou a fortificação de outros vínculos e um sentimento do sujeito como parte da sociedade e de um grupo social que à partida têm uma conotação menos negativa que aquele onde se encontra.

4.4. Subtema IV.IV. Liberdade

Este subtema tem como principal objetivo identificar a perceção dos idosos acerca da sua liberdade dentro da instituição, estruturando-se em dois eixos: um relativo à liberdade de ação, outro à liberdade de expressão. Os dados foram obtidos através das perguntas: “Sente que aqui no/na lar/instituição é livre para fazer o que quiser? Tem liberdade para fazer o quê?”, “Acha que pode expressar livremente as suas opiniões e ideias?” e “Se quiser fazer uma queixa sobre alguma do/da lar/instituição, pode fazê-lo? O que acha que aconteceria se fizesse uma queixa?”. A tabela 9 apresenta os resultados obtidos neste subtema.

Tabela 9. Subtema IV.IV. Liberdade: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % | | |
|--|--------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|---------|---------|-----|-----|
| IV.IV.I Percepção da liberdade dentro da instituição | 1. Liberdade em ação | 1.1. Existência | 14 | 5.1 | 47 | 17 | | |
| | | 1.2. Condicionada | 7 | 2.5 | | | | |
| | | 1.3. Inexistência | 6 | 2.2 | | | | |
| | 2. Liberdade de expressão | 2.1. Existência | 13 | 4.7 | 35 | 12.7 | | |
| | | 2.2. Condicionada | 4 | 1.4 | | | | |
| | | 2.3. Inexistência | 3 | 1.1 | | | | |
| IV.IV.II Percepção sobre a possibilidade de fazer uma queixa | 1. Possibilidade de fazer uma queixa | | 15 | 5.4 | 35 | 12.7 | | |
| | | 2. Impossibilidade de fazer uma queixa | | 2 | | | 0.7 | |
| | | | 3. Receio das consequências | | | | 15 | 5.4 |
| | | | | 4. Desconhecimento de consequências | | | 3 | 1.1 |
| Total | | | | | 82 | 29.7 | | |

A percepção que os idosos têm da sua liberdade em ação, ou seja, a possibilidade de agir de acordo com a sua vontade é considerada sobretudo como existente (N=14; 5.1%). No entanto se tivermos em conta que a liberdade de ação surge igualmente como condicionada pelas regras da instituição (N=7; 2.5%) ou ainda como inexistente (N=6; 2.2%) podemos inferir que estes dois aspetos aparentemente contraditórios (existência /inexistência de liberdade de ação) surgem sensivelmente com o mesmo peso o que indicia que esta questão é algo crítica em contexto institucional

“Liberdade tenho, ninguém manda em mim senão eu (...) Livre sou... de fazer o que soubesse fazer” (Suj.6)

“O que quiser não, nós temos regras... ninguém pode fazer o que quer, temos de ter aquela disciplina...eu acho que é assim!” (Suj.19)

“Não! Não é livre não! (...)... eu não tenho a liberdade de ir buscar uma coisa e fazer...” (Suj.4)

A liberdade de expressão também é maioritariamente considerada como existente (N=13; 4.7%), ainda que ao mesmo tempo alguns idosos considerem que as suas opiniões têm pouco peso nas práticas institucionais.

“Posso... queixa-se, as pessoas queixam-se, mas não há nada a fazer... queixam-se da comida... mas não há nada a fazer” (Suj.3)

Ao mesmo tempo que os participantes expressam a ideia da existência de liberdade de expressão em contexto institucional é igualmente expressa a ideia de que a sua liberdade de expressão se encontra condicionada (N=7; 2.5%) pelas consequências que daí podem advir, pelo receio concreto de represálias ou conflitos (N=4; 1.4%) ou que é até mesmo inexistente por esses motivos (N=3; 1.1%).

“Há sempre receio de represálias...” (Suj.17)

“Eu não, não acho, nem quero... Se não até havia aí gente que me prendia...” (Suj.1)

Os dados obtidos sobre a possibilidade dos idosos realizarem uma queixa vão no mesmo sentido de uma aparente dicotomia e contradição, já que embora a maior parte das verbalizações expresse a ideia de que os idosos o podem fazer (N=15; 5.4%) surgem ao mesmo tempo e com o mesmo peso verbalizações que expressam receio das consequências de o fazerem (N=15; 5.4%). De forma residual surgem verbalizações sobre o desconhecimento de eventuais consequências que tal opção pudesse trazer (N=3; 1.1%).

“(...) posso, às vezes é preciso” (Suj.7)

“Acho que não... não posso fazer! Queixa não... nem tenho queixa a fazer” (Suj.15)

“(...) eu é que não quero fazer queixas... um gajo está-se sempre a evitar, porque isso depois cai nas mãos delas e em vez de tratarem um gajo bem tratam-no mal...” (Suj.3)

“Não sei o que poderia acontecer, nunca fiz...” (Suj.12)

Em suma, os dados obtidos sobre liberdade de ação e expressão e sobre a possibilidade de os idosos realizarem uma queixa revelam duas realidades do contexto institucional simultaneamente presentes e em tensão: a existência e a inexistência de liberdade dentro da instituição e a possibilidade em abstrato de fazer queixa por contraponto ao receio de consequências que daí adviriam.

Consideramos que a liberdade enquanto direito fundamental deve ser mantida durante toda a vida, apresentando maior relevância pelo facto de os idosos estarem sob a responsabilidade e cuidados institucionais. Assegurar que os idosos se encontram numa situação segura e que não os coloca em risco não pode traduzir-se numa limitação dos seus direitos em geral, do seu poder de decisão, da sua autonomia executiva ou da sua liberdade de ação, de expressão ou de movimento. No que diz respeito à liberdade de expressão, os idosos em contexto institucional devem ter o direito a expressar-se sem coerções, sentindo que aquilo que têm para dizer tem valor e pode ser atendido, como em qualquer outra circunstância anterior da sua vida, não ficando diminuídos pela sua condição atual.

Para finalizar e tendo em conta a totalidade do tema, queremos evidenciar que o respeito pelos direitos humanos e legais dos idosos serve para estabelecer determinados padrões de qualidade e cuidado evitando eventuais práticas negativas (Andorno, 2011; Papastavrou, 2012). Urge trazer para primeiro plano a problemática da qualidade das estruturas residenciais para idosos enquanto organizações não só de prestação de cuidados, mas sobretudo de resposta às necessidades dos seus utentes. Ora, uma dessas necessidades fundamentais é exatamente a dos idosos verem os seus direitos respeitados e respondidos em contexto institucional.

5. Tema V. Privacidade e Intimidade

Este tema tem como principal objetivo conhecer a percepção dos idosos acerca da privacidade e intimidade existente dentro da instituição a três níveis: privacidade em termos de tempo e espaço, intimidade corporal e relacionamentos íntimos. Para tal, foram colocadas as seguintes perguntas: “Aqui no/na lar/instituição é possível passar tempo sozinho/a quando deseja? Onde?”, “Tem um espaço seu para guardar as suas coisas? Tem uma chave desse espaço? Gostava de ter um espaço que tivesse uma chave?”, “Pode tomar banho quando quer? Pode tomar banho sozinho/a? Sente-se à vontade por serem outros a dar-lhe banho?” e “Se alguém aqui no/na lar/instituição quiser namorar, como acha que as pessoas iriam reagir?”. A tabela 10 apresenta os resultados obtidos neste subtema.

Tabela 10. *Tema V. Privacidade e Intimidade: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------|---------|---------|
| V.I Privacidade em Geral | 1. Existência de Privacidade | 1.1. Tempo | 17 | 10.8 | 79 | 50.3 |
| | | 1.2. Espaço | 20 | 12.7 | | |
| | 2. Inexistência de Privacidade | 2.1. Tempo | 2 | 1.3 | | |
| | | 2.2. Espaço | 20 | 12.7 | | |
| V.II. Intimidade Corporal | 3. Aspirações de privacidade | 3.1. Existência | 14 | 8.9 | | |
| | | 3.2. Inexistência | 6 | 3.8 | | |
| | | 1. Rotinas de Higiene | 1.1. Definidas pela instituição | 11 | 7 | |
| | 2. Realização da Higiene | 1.2. Definidas pelo próprio | 9 | 5.7 | 51 | 32.5 |
| | | 2.1. Pelos cuidadores | 10 | 6.4 | | |
| | | 2.2. Pelo próprio | 9 | 5.7 | | |
| V.III Relação Amorosa | 3. Vivência dos cuidados de higiene | 3.1. Confortável | 10 | 6.4 | | |
| | | 3.2. Pudor | 2 | 1.3 | | |
| | 1. Percepção Pessoal | 1.1. Aceitação da relação | 4 | 2.5 | 27 | 17.2 |
| | | 1.2. Rejeição da relação | 12 | 7.6 | | |
| 2. Percepção sobre o olhar dos outros | 2.1. Aceitação da relação | 3 | 1.9 | | | |
| | 2.2. Rejeição da relação | 8 | 5 | | | |
| Total | | | | | 157 | 100 |

A privacidade em contexto institucional de uma forma geral é percecionada por relação com dois polos antagónicos: um de existência de privacidade em termos tempo e espaço (N=37; 23,5%), outro da sua inexistência (N=22; 14%).

“Sou uma pessoa que gosto muito de estar sozinha, gosto muito da solidão (...) Posso...eu gosto...ou no quarto ou na igreja” (Suj.7)

“Ali no quarto temos o armário onde tem a roupa e a mesinha de cabeceira” (Suj.2)

“Sozinha elas nunca querem...sozinha nunca passo (...) Um bocadinho sozinha, só no quarto...mas elas não me deixam vir para cá!” (Suj.10)

“Não... não tem porta nenhuma que deixem fechar à chave!” (Suj.4)

Os tempos de privacidade referem-se à possibilidade de os idosos estarem em certos períodos de tempo sós em certos locais da instituição (quarto, sala, igreja, oficina, quintal, jardim ou espaço exterior da instituição). A privacidade em termos de espaço

reporta-se à existência de um espaço onde podem guardar os seus objetos pessoais. A inexistência de privacidade em termos de espaço prende-se com a impossibilidade de ter as suas coisas fechadas à chave.

Encontramos também verbalizadas aspirações de privacidade, relativamente aos seus objetos pessoais (N=14; 8.9%), nomeadamente como forma de se protegerem contra eventuais desaparecimentos ou roubos. As verbalizações sobre a inexistência de desejo de ter um espaço próprio inacessível a terceiros são bastante mais reduzidas (N=6; 3.8%).

“Sim, gostava de ter... eu até já tenho dito isso. Até á data não tenho razão de queixa que nunca me faltou nada mas acho que era uma boa... já se tem dado o caso de faltar coisas a pessoas, e assim evitava-se!” (Suj.16)

“Não, não sou pessoa disso! Não sou pessoa de pensar que tenho que me acautelar que me tiram isto ou aquilo... nunca me tiraram nada” (Suj.7)

Em suma, podemos referir que a privacidade é um dos aspetos importantes a ter em conta neste contexto de vida coletiva (Tuominen et al., 2015), não só porque o espaço privado é considerado como um mecanismo de controlo interpessoal (Bestetti, 2014), mas também porque permite ao sujeito sentir-se “em casa”, num espaço que é seu e que pode de alguma forma controlar. A existência de chaves talvez fosse uma medida razoável a implementar nas instituições residenciais, uma vez que esta parece ser importante para o “salvaguardar” dos pertences e de um espaço que deve ser privado e não de fácil acesso a qualquer um.

Relativamente à segunda dimensão, i.e., “Intimidade Corporal”, observamos que as rotinas de higiene e a realização da mesma emergem como podendo ser definidas pela instituição ou pelo próprio. Nesta dimensão, à exceção da categoria “vivência dos cuidados de higiene”, observa-se que as verbalizações correspondem ao número de sujeitos. Verificamos que metade dos idosos refere que as rotinas de higiene são definidas pela instituição (N=10), sendo que a outra metade refere que estas são definidas por eles mesmos (N=10) significando, pelo menos na maior parte das vezes, que realizam a sua higiene sozinhos.

“Não... é aqueles dias. Eu quando tomava sozinha era quase todos os dias... à noite, quando vinha lá de baixo ia tomar banho... quando era sozinha, agora não! Agora tão os dias marcados, é á segunda e á quinta...” (Suj.10)

“Posso, em sendo a gente sozinha pode...” (Suj.7)

A realização da higiene surge como feita pelos cuidadores (N=11) por se encontrarem numa situação física que não lhes permite a realização da higiene sem auxílio dos mesmos.

“(...) porque eu já não posso sozinho, se eu pudesse andar como antigamente, se quisesse tomar banho todos os dias tomava! Há aí utentes que podem e tomam... e eu não, porque já não consigo.” (Suj.2)

Esta questão da higiene e do banho é também reveladora de alterações ao nível das rotinas que os idosos tinham neste campo antes da entrada na instituição, nomeadamente em termos de periodicidade.

“Tomo sozinho... mas foi um inferno para mim quando vim para cá, para tomar banho... porque nessa altura não conseguia, tinha que ser outras pessoas... porque na minha casa eu estava a tomar banho todos os dias...” (Suj.14)

A vivência da intimidade do cuidado de higiene surge como não problemático (N=10; 6.4%) e vivenciado com algum pudor e vergonha quando a realização da higiene é feita pelos cuidadores (N=2; 1.3.%). No caso de a realização da higiene ser feita pelos cuidadores, alguns idosos evidenciam que se sentem confortáveis porque já se habituaram ou porque os cuidadores os colocam à vontade. É de realçar que as verbalizações acerca da realização da higiene por outros vista agora como não problemática passou por um processo e uma fase anterior em que tal foi vivido com desconforto. Esta é pois mais uma das mudanças que ser idoso pode implicar e à qual têm de se adaptar.

“Sinto, já tou habituada a elas... no princípio estranha-se um bocadinho, mas depois habituamo-nos a elas...” (Suj.8)

“Olhe, que remédio... Já não posso, que remédio!” (Suj.2)

O desconforto emerge associado ao facto de ser outra pessoa a dar-lhes banho ou pelo facto de o banho ser realizado na presença de outros idosos.

“Eu só tive todo nu quando fui à inspeção e aqui...há aí uma... que levava aos 5 e aos 6 lá pro banho... estava um gajo mais de quanto tempo todo nu! (...) Agora estar ali todos para dar banho! Assim todo nu foi só na tropa.” (Suj.3)

O facto de alguns idosos terem que abandonar o autocuidado dos seus corpos afeta a sensação de privacidade e intimidade (De Veer & Kerskstra, 2001), levando-nos a refletir sobre a forma como é e deve ser realizado este cuidado. A existência de uma relação de proximidade e confiança com o cuidador é um elemento fundamental e é importante que a realização da rotina de higiene seja o mais privada possível sem a presença de outros idosos (vulgo “banho conjunto”). A realização da higiene mesmo que feita pelo cuidador deverá ser pautada pela manutenção da privacidade, participação do idoso ou incentivo da autonomia e independência possíveis apesar de poder implicar maior dispêndio de tempo.

No que concerne à terceira dimensão, i.e., “Relação Amorosa”, alguns dos idosos referem que aceitam a possibilidade de uma relação (N=4; 2.5%), enquanto outros a

rejeitam liminarmente (N=12; 7.6%), associando a existência de relações nesta idade a algo que não é correto e de que se deve ter vergonha. Para além disso, alguns idosos referem que a instituição não é um sítio onde isso deva acontecer, referindo que há uma falta de moral em que o faz.

“Acho que não iam reagir mal, cada um é senhor das suas vontades, não é verdade? Das suas ideias... ninguém pode mandar! Então a gente não manda nos nosso filhos quando é os namoros, a vida deles... como é que iam mandar agora aqui na velharada? Acho eu!” (Suj.11)

“Eu sou uma das que não vejo bem! Acho que a gente já passou a nossa vida, isso é tudo uma fantasia... tudo no seu tempo, lembra...mais nada. Esta idade já nada lembra, é uma maluqueira, é uma maluquice como outra qualquer. Prazer não há nenhum, isso acaba tudo! (...) Acho que isso é uma maluqueira...e uma falta de respeito pelos filhos e pelas pessoas que estão, que não enfrentam, que são mais velhas... (...) Acho que é uma falta de moral e consideração pelas pessoas que têm responsabilidade de estar aqui. (...) Acho isso uma falta de moral, uma falta de cabeça! (...)Eu não! Homens só conheci um e chegou, mais nenhum!” (Suj.7)

Relativamente à perceção dos outros sobre a existência de relações amorosas nesta fase do ciclo de vida, alguns idosos consideram que os outros as aceitam (N=3; 1.9%), enquanto outros consideram não existir aceitação (N=8; 5%).

“Há aí 2 ou 3 velhos... brincadeiras de velhos mas mais nada... lá um ao pé do outro à noite a ver televisão. Não ligam, acham graça a isso. Ninguém faz assim censura.” (Suj.18)

“Essas que dizem que têm namorado são censuradas...” (Suj.6)

Em termos da análise quantitativa verificamos que a perceção dos próprios idosos sobre os relacionamentos amorosos nesta fase da vida é mais negativa (N=12; 7.6%) do que do que a visão que têm sobre a de aceitação dos outros (N=3; 1.9%).

A existência da necessidade de intimidade sexual e emocional e da sua importância enquanto fonte de suporte que permite ao indivíduo sentir-se bem é inegável (Delamater, 2012) parecendo encontrar-se presente numa das estruturas residenciais por parte de alguns técnicos.

“Há aí vários namoros de velhos... eu censuro! Censuro porque não acho bem (...) é um escândalo os velhos com 90 anos! E a Dra, acha bem, pronto! (...) a Dra. acha muito bem, pois! Eu para mim não estou interessado e censuro essas pessoas! É uma vergonha, deviam ter juízo... um bocadinho de bom senso!” (suj.17)

Apesar dos relacionamentos amorosos e da sexualidade nesta fase do ciclo de vida serem atualmente compreendidos como algo natural e desejável as verbalizações a este respeito evidenciam o contrário, dado que os idosos consideram sobretudo que os relacionamentos íntimos e amorosos são inadequados nesta idade. Olhar para a realidade social implica compreender a cultura e a época em que estas pessoas cresceram e quais os valores inerentes, porém, não lhes deve ser negada a possibilidade de se exprimirem e relacionarem com os outros da forma que desejam.

Poderá haver quem considere determinados comportamentos errados, pelas suas convicções ou por outros motivos, no entanto, o papel da instituição deverá refletir e ser promotor da liberdade e do respeito pelas crenças de cada um e não se constituir como uma barreira à sua expressão.

6. Tema VI. Identidade Pessoal e Social

Este tema tem como principal objetivo conhecer aspetos indicativos de continuidade ou descontinuidade entre a anterior vida dos idosos e a atual. Visa-se aceder à percepção dos idosos relativamente à possibilidade de manutenção de aspetos da sua vivência anterior à institucionalização, bem como conhecer a existência, no contexto de estrutura residencial, de elementos que permitem e facilitam a manutenção da sua identidade. Para tal, foram colocadas as seguintes perguntas: “Quando veio para o/a lar/instituição, foi possível trazer algumas coisas importantes para si da sua casa? O quê? Houve limites ao que podia trazer?” “Desde que está aqui no/na lar/instituição esteve sempre no mesmo quarto? Porquê?”, “Que hábitos ou rotinas eram mais importantes para si antes de vir para o/a lar/instituição? Consegue mantê-los? Porquê?” “Gostava de ter tarefas aqui no/na lar/instituição parecidas às que fazia em casa?”, “Ainda mantém a sua casa?” Com que frequência costuma ir lá? É/era importante para si poder ir à sua casa? Porquê?” e “É o/a senhor/senhora que decide a roupa que veste? Se não, gostaria de decidir?” A tabela 11 apresenta os resultados obtidos neste tema.

Tabela 11. Tema VI. Identidade Pessoal e Social: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----|-----|---------|---------|
| VI.I Pertences | 1. Manutenção de objetos | 1.1. Fotografias | 5 | 2.5 | 45 | 22.7 |
| | | 1.2. Roupa | 15 | 7.5 | | |
| | | 1.3. Objetos pessoais | 5 | 2.5 | | |
| | 2. Limitação da manutenção de objetos | 2..1 Existência | 4 | 2 | | |
| | | 2.2. Inexistência | 14 | 6.9 | | |
| | | 2.3. Desconhecimento | 2 | 1 | | |
| VI.II Hábitos e Rotinas | 1. Antes da entrada na instituição | 1.1. Atividades da vida diária | 4 | 2 | 64 | 31.7 |
| | | 1.2. Trabalho/Emprego | 6 | 3 | | |
| | | 1.3. Vida própria | 15 | 7.5 | | |
| | 2. Após a entrada na instituição | 2.1. Manutenção dos hábitos/rotinas | 6 | 3 | | |
| | | 2.2. Limitação dos hábitos/rotinas | 2 | 1 | | |
| | | 2.3. Términus dos hábitos/rotinas | 12 | 6 | | |
| | 3. Desejo de manutenção de tarefas | 3.1. Existência | 9 | 4.5 | | |
| | | 3.2. Inexistência | 11 | 5.5 | | |
| | VI.III Vestuário | 1. Escolha Pelo Próprio | | 17 | | |
| 2. Escolha pelos cuidadores | | | 3 | 1.5 | | |
| 3. Escolha pelos filhos | | | 1 | 0.5 | | |

(continua)

(continuação)

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % |
|-----------------------------|---|--|----|-----|---------|---------|
| VI.IV Espaço na instituição | 1. Permanência no mesmo quarto | | 10 | 5 | | |
| | 2. Mudança de quarto | 2.1. Falecimento do cônjuge | 1 | 0.5 | | |
| | | 2.2. Conveniência da instituição | 3 | 1.5 | 20 | 10 |
| | | 2.3. Divergências com o/os colegas de quarto | 5 | 2.5 | | |
| | | 2.4. Preferência por outro quarto | 1 | 0.5 | | |
| VI.V Residência própria | 1. Manutenção da residência | 1.1. Existência | 12 | 6 | | |
| | | 1.2. Inexistência | 8 | 4 | | |
| | 2. Frequência na visita à casa | 2.1. Frequente | 6 | 3 | | |
| | | 2.2. Rara | 6 | 3 | | |
| | 3. Importância da ida a casa | 3.1. Afeto | 10 | 5 | 52 | 25.7 |
| | | 3.2. Alimentação | 1 | 0.5 | | |
| | 4. Relativização da importância da ida a casa | 4.1. Motivos de Saúde | 3 | 1.5 | | |
| | | 4.2. Perda de ligação afetiva | 4 | 2 | | |
| | | 4.3. Solidão | 2 | 1 | | |
| Total | | | | | 202 | 100 |

Relativamente à primeira dimensão, i.e., “Pertences”, a maior parte das verbalizações refere-se à possibilidade de trazer objetos próprios aquando da entrada para a instituição (N=25; 12.4%).

No entanto, quando analisado o teor das verbalizações verifica-se que tais objetos são pouco numerosos, ocupam pouco espaço e se reportam a objetos básicos e pessoais (roupa), de carácter afetivo (fotografias) ou lúdico (rádio).

“(...) tenho ali uma fotografia da minha bisneta na mesinha de cabeceira e pronto” (Suj.1)

“(...) a roupa que trouxe era o que era preciso” (Suj.6)

“O meu rádio... porque eu gosto muito de ouvir música e da conversa... gosto mais de rádio do que de televisão” (Suj.14)

Evidenciam-se também verbalizações que expressam a ideia de que não houve limites ao que podiam trazer e que neste caso correspondem ao número de sujeitos (N=14). Não obstante, alguns idosos consideram a existência de limitação da manutenção de objetos (N=4), ao passo que outros evidenciam o desconhecimento da existência de limites (N=2).

“Eu é que não quis, ninguém me disse nada... eu é que não quis.” (suj.5)

“Não podia, não queria nada... roupas de cama, roupas do meu marido” (suj.11)

“Sim, talvez pudesse trazer...uma ventoinha, que aqui é um calor insuportável... mas também não perguntei se podia...” (Suj.14)

Em termos da análise quantitativa verifica-se que a possibilidade de manutenção de objetos, destacando-se a roupa (N=15; 7.5%), o que nos remete para a ideia de que na maioria das vezes estes se reportam às coisas que trouxeram efectivamente e não tanto àquelas que consideravam importantes, tendo alguns referido mesmo que aquilo que era mais importante preferiram não levar.

“(...) importante não, nem queria...nem querem aqui nada da gente, nem lençóis, nem toalhas, nada” (suj.1)

A identidade fortalece-se de forma progressiva (Waterman, 1982) representando-se também pela individualidade que é mantida também pela continuidade daquilo que é importante para o sujeito (Kane et al., 2003). Quando falamos de identidade pessoal, como construção do autoconceito ao longo da vida (Machado, 2003) importa compreender se os sujeitos conseguem manter neste espaço institucional objetos que seriam importantes para si, que representam a sua história, que perpetuam momentos significativos e que os distinguem dos demais. Nesse sentido, observa-se que essa possibilidade é em certa medida dada embora inferindo-se que de forma limitada.

Relativamente à segunda dimensão, i.e., “Hábitos e Rotinas”, evidenciam-se como mais importantes para os idosos antes da entrada na instituição: a existência de uma vida própria (N=15; 7.5%) marcada pelo convívio com os filhos, com os amigos e por momentos culturais, trabalho/emprego (N=6; 3%) e atividades da vida diária (N=4; 2%).

“Antes de vir aqui para o lar tinha uma vida de gente pobre....mas tinha uma vida! (...) fazer um jantar assim grande, irem os filhos...os netos (...) Era a coisa mais importante que eu fazia, ver as pessoas tudo contente... era uma alegria! Ir visitar os meus irmãos... fomos sempre amigos, sempre!” (Suj.9)

“Quando eu podia...era trabalhar! Sempre vivi do trabalho, mas cheguei a uma certa idade já não podia...” (Suj.16)

“Fazia as coisas em casa... fazia o comer e estava em casa...” (Suj.7)

Relativamente à possibilidade de manutenção de hábitos ou rotinas após a entrada na instituição as verbalizações encontradas correspondem ao número de sujeitos. Assim a maioria dos idosos refere que os mesmos terminaram (N=12) evidenciando para tal motivos de saúde, falta de rede social e sentimento de pertença, outros referem que os conseguiram manter (N=6) e outros que estes se encontram limitados (N=2).

“Não, as minhas pernas já não deixam” (Suj.2)

“Agora sozinha não saio para lado nenhum” (Suj.1)

“A vinda para um lar corta a vida de uma pessoa, é uma barreira que corta!” (Suj.17)

“Tou ali na oficina à vontade... está lá o electricista e o serralheiro a trabalhar... vamo-nos entretendo ali, damos umas lérias e vamos trabalhando...assim se passa o tempo.” (Suj.18)

“É diferente do que era lá... lá vai a gente a onde quer, aqui tem que ser aqui próximo, é diferente de...ser subjugado a um certo sítio e de ir a onde a gente quer. É assim.” (suj.13)

Porém, encontramos verbalizações onde é manifesto o desejo de manter tarefas semelhantes às que tinham nas suas casas e na sua vida anterior à entrada na instituição, no entanto em alguns dos casos tal é inviabilizado pela mesma (N=9; 4.5%).

“Gostava... olhe, uma vez, tive ali a lavar louça(...) Gostava de fazer à mesma aqui, mas não deixam... Gostava de fazer tudo, que eu tudo sabia fazer, mas como não deixam...” (suj.10)

Outras verbalizações revelam a inexistência de desejo em manter na instituição tarefas semelhantes às realizadas em casa (N=11; 5.5%), quer por motivos de saúde, quer porque se perdeu a vontade de o fazer.

“Não gostava porque já não sou capaz de as fazer, porque se eu pudesse fazia...se eu não tivesse as dores que eu tenho no corpo” (Suj.1)

“Não, não tenho paciência... não tenho vontade já para essas coisas” (Suj.6)

A análise quantitativa permite-nos observar que em primeiro lugar os hábitos e rotinas mais importantes para os idosos antes da entrada no lar dizem respeito às coisas mais básicas, de uma vida comum, a “vida própria” (N=15; 7.5%) marcada pelo convívio com os filhos, com os netos, o lazer, a cultura, etc. Em segundo lugar, evidencia-se que a maioria dos idosos não realiza tarefas semelhantes às que tinham em casa (N=12), principalmente por motivos de saúde (N=8). Em terceiro lugar, surge expressa a inexistência de desejo da manutenção dessas tarefas (N=11; 5.5%), destacando-se mais uma vez os motivos de saúde (N=6; 3%).

Em suma, os hábitos e rotinas ligam-se sempre aos outros numa relação recíproca, remetendo-nos para uma identidade social pela vinculação a grupos sociais (Machado, 2003). É através de hábitos e rotinas que o sujeito constrói a sua história de vida e um determinado estatuto social que poderá ser colocado em causa quando deixa de realizar as tarefas que até então eram parte da sua rotina (Riedl et al., 2013). Embora essas tarefas sejam importantes, colocamos a hipótese de que a inexistência do desejo da sua manutenção se poderá ligar à inadequação ou adaptação destas às condições atuais dos idosos, nomeadamente em termos físicos.

No que diz respeito à terceira dimensão, i.e., “Vestuário”, as verbalizações evidenciam que escolha da roupa é feita sobretudo pelos próprios idosos (N=17; 8.5%) ou pelos cuidadores (N=3; 1.5%).

“Eu decido porque ainda estou em condições de ir ao guarda-fatos, se elas lá põem uma blusa que eu não gosto, vou... elas não dão notícia, não gosto daquela, troco para a outra... agora que ainda posso, em sendo preciso vestir-me sem me poder mexer, é mais complicado.” (Suj.12)

“Em geral...se eu disser que não quero aquelas calças, peço outras, mas em geral elas é que decidem” (Suj.2)

É de realçar que a escolha de roupa pelos filhos surge escassamente referida (N=1; 0.5%) mas que quando o é revela um desapossamento daquilo que é do idoso e um corte com aquilo que é seu e com as suas decisões.

“(...) E eu gosto de roupa a condizer... e ela manda-me o que ela quer, porque tudo é demais para mim... “isso já não é para a sua idade, isso já não é para a sua idade” Mas isto é tudo meu” (Suj.4)

A análise quantitativa permite observar que a maioria dos idosos afirmam serem eles a escolher a roupa que vestem (N=17; 8.5%), sendo que alguns referem que ainda o fazem porque estão capazes de o fazer (física e psicologicamente), o que nos remete para a ideia de que quando alguma destas condições fica comprometida, a possibilidade de escolha é também comprometida. A escolha do vestuário é também uma das formas de fortalecimento da identidade (Riedl et al., 2013), sendo que alguns dos idosos tentam manter este tipo de poder de decisão e autonomia de execução, na medida em que são eles que decidem o que querem e implementam essa decisão, enquanto outros preferem delegar esta função nos cuidadores.

“As mulheres eu digo-lhes “tirem a roupa... o que vocês tirarem é que eu visto!”, mas o rapaz quer sempre “venha cá escolher... quer esta ou esta?” é mais chato com a roupa que eu... “é uma qualquer... uma camisa qualquer... tira essa!”, mas ele quer que eu diga qual quero... elas não, tiram e deixam arranjadinho!” (suj.15)

No que concerne à quarta dimensão, i.e., manutenção do seu “Espaço na instituição”, em termos de permanência/mudança quarto, o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos. Assim, metade dos idosos refere ter permanecido sempre no mesmo quarto (N=10) e outra metade ter mudado (N=10), por diversas razões umas de cariz mais negativo e outras de cariz mais positivo. As razões mais negativas de mudança de quarto prendem-se com o falecimento do cônjuge e conveniência da instituição.

“Tive num quarto quando estive com o meu marido... depois ele faltou (...) fui para um quarto com duas senhoras” (Suj.1)

“ (...) isso é que foi o meu desgosto... estar num quarto e mudarem-me para outro (...) as pessoas não conhecia (...) foi a coisa que cá tive que me custou mais foi isso” (Suj.7)

Encontramos também motivos de mudança de quarto com um cariz mais positivo, na medida em que é dada a possibilidade de escolha aos idosos revelando alguma preocupação e consideração pelas suas necessidades e motivos, especificamente devido a divergências com o/os colega/as de quarto e preferência por outro quarto.

“Não, não... (...) essa moça ofendia-me muito, chamava-me puta e tudo... ia pelas escadas abaixo... ela tinha uma doença qualquer na cabeça... uma doença muito perigosa... e depois houve uma vaga lá em baixo e eu pedi para me passarem lá para baixo... e eu gosto mais de estar lá em baixo... para mim, para a minha maneira de ser, estou mais à vontade... faço a minha vida diferente... aqui não podia fazer nada do que faço lá em baixo... eu e quem lá está!” (Suj.11)

“(...) pedi à (...) pra me trazer cá pra cima (...) queria vir porque aqui é muito melhor, os quartos é melhor, estar cá em cima é melhor...” (Suj.6)

Em termos da análise quantitativa a mudança de quarto devido a “divergências com os colegas de quarto” (N=5) é o motivo com maior volume de informação salientando-se o

cariz positivo desta mudança, revelador de uma atenção às necessidades dos idosos e de preocupação com o seu bem-estar.

Relativamente à quinta dimensão, i.e., “Residência própria”, verifica-se que o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos no que respeita à manutenção da residência e frequência destas visitas. A maioria dos idosos mantém a sua casa (N=12) enquanto outros deixaram de a ter quer por motivos económicos ou porque o cônjuge faleceu (N=8).

“Enquanto for vivo tenho a minha casinha...” (Suj.14)

“Não...derrubou-se a casa e o marido e tudo... o meu marido morreu de repente! Acabou-se tudo... já há 20 anos que não tenha nada... mas não posso dizer isso diante da minha filha... elas dizem que eu sou muito choricas... mas então, qualquer coisa choro!” (Suj.12)

Dos que mantêm a sua casa, metade dos idosos referem fazê-lo frequentemente (N=6), e outra metade refere que a ida a casa é muito rara (N=6), evidenciando uma ideia de imprevisibilidade e dependência dos outros para poder visitá-la.

“Todas as semanas (...) vou a casa, lá me entretenho, ponho aquilo a arejar... vejo se tá sujo, limpo as janelas...” (Suj.14)

“Nunca mais lá fui, há 8 meses que não vejo a minha casa...” (Suj.4)

A importância atribuída pelos idosos à sua casa prende-se em primeiro lugar com a representação desta como um espaço de afetos (N=10; 5%) enquanto oportunidade de recordar os tempos vividos e de satisfação de desejos que na instituição não conseguem ver atendidos, nomeadamente no que diz respeito à alimentação (N=1; 0.5%).

“Sim muito. Sinto-me ainda bem na minha casa. São aquelas coisas que deixam desgosto quando a gente entra, mas depois a gente relembra e vive... sinto-me bem lá ainda quando lá vou, apesar de quando a gente lá entra tem um desgosto... que a gente sabe que não há lá nada.” (suj.13)

“O motivo mais importante é por causa da comida... vou lá estar 8 dias vou matar o desejo das coisas simples... não é grandes carnes, nem bifes... nada disso! É coisas simples... uma açorda que eu gosto tanto... aqui há uns poucos de meses que não se come, uma coisa tão simples... uma sopinha de tomate... comeres simples é que me deixam saudades! É o que me deixa saudades de quando lá estava é o comer...” (Suj.15)

A importância da casa surge também de alguma forma relativizada quer por motivos de saúde (N=3; 1.5%), quer por perda de ligação afetiva e de rede social com a entrada na instituição (N=4; 2%) ou porque esta é agora um espaço de solidão (N=2; 1%) marcado pela ausência de outros ou por um sentimento de receio e desconforto em estar só.

“Então do que me servia? Se eu tivesse a minha casa... ver as coisas por fazer... eu não ser capaz de fazer...que fazia tudo! Já não queria...” (Suj.9)

“É...gosto de ir... mas já gostei mais... a gente aqui começa a perder o diálogo com as pessoas e com a casa, com a vida...” (Suj.7)

“Atão pois era... mas eu... escute lá... esmoreci. Chego a casa, vejo-me ali no meio de quatro paredes ainda fico pior... não tenho lá ninguém, o meu filho só está lá para dormir!” (Suj.2)

Vimos anteriormente que o espaço “casa” se liga a diversos aspetos, como a noção de independência (Hillicoat-Nallétamby, 2014), segurança, esperança, afeto (Cristoforetti et al., 2011), etc. Consideramos como positivo o facto de alguns idosos poderem de facto manter a sua casa. Se é postulado que a ligação à família deve ser mantida a fim de ajudar o idoso na sua adaptação ao espaço institucional, deveríamos encontrar formas de manter a ligação ao mundo exterior e ao que a casa representa para estas pessoas: uma vida inteira de trabalho, de memórias e de eventos significativos.

7. Tema VII. Relacionamento Interpessoal

Este tema tem como principal objetivo compreender a perceção dos idosos acerca de aspetos relacionais reais e ideais com os cuidadores e com os outros utentes dentro da instituição. Para tal, foram colocadas as seguintes perguntas: “Acha que é respeitado aqui no/na lar/instituição?”, “Alguma vez não se sentiu bem tratado aqui no/na lar/instituição?”, “Que relação tem com os outros utentes do/da lar/instituição? Como gostaria que fosse? Porquê?” “Como acha que é a relação entre utentes?” e “Que relação mantém com os profissionais do/da lar/instituição? Como gostaria que fosse? Porquê?”. A tabela 12 apresenta os resultados obtidos neste tema.

Tabela 12. Tema VII. Relacionamento Interpessoal: categorias, subcategorias, frequências e percentagens

| Categoria | Subcategoria | N | % |
|----------------------------------|------------------|-----|------|
| 1. Respeito | | 20 | 18.4 |
| 2. Qualidade dos cuidados | 2.1. Bom | 18 | 16.5 |
| | 2.2. Mau | 2 | 1.8 |
| | 2.3. Neutro | 1 | 0.9 |
| 3. Relação com os outros utentes | 3.1. Boa | 14 | 12.8 |
| | 3.2. Superficial | 7 | 6.4 |
| | 3.3. Idealização | 2 | 1.8 |
| 4. Relação entre utentes | 4.1. Boa | 10 | 9.2 |
| | 4.2. Conturbada | 12 | 11 |
| 5. Relação utente-cuidador | 5.1. Positiva | 19 | 17.4 |
| | 5.2. Negativa | 3 | 2.8 |
| | 5.3. Reciproca | 1 | 0.9 |
| Total | | 109 | 100 |

Os idosos referem sentir-se respeitados de uma forma geral por todos, i.e., pelos profissionais, pelos cuidadores e pelos outros utentes (N=20). Nesta categoria o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos.

“Sim, não tenho razão de queixa... porra!, também não me diga que se eu não digo nada, não me haviam de respeitar? Respeitam-me todos... nunca briguei com ninguém. Quando não me agrada alguma conversa vou-me embora e pronto.” (Suj.1)

A qualidade dos cuidados é percebida de forma acentuada como boa (N=18; 16.5%). São escassas as verbalizações relativas à percepção de cuidados como maus (N=2; 1.8%), ou de cuidados sem um cunho claramente positivo ou negativo por parte cuidadores (N=1; 0.9%).

“Têm-me tratado sempre bem... não tenho queixas delas, isso não...” (Suj.8)

“Olhe, isso... às vezes elas dão respostas à gente que eu digo “então mas eu agora mereço uma coisa dessas?”, mas a gente faz ouvidos de mercador e deixa passar. E elas vêm “bec, bec” e eu “vai dar banho ao cágado... atão tu não vês que fizeste mal e agora vens anafar... não...?” (Suj.2)

“É... o tratamento é sempre o mesmo...” (Suj.3)

A relação dos idosos com os outros idosos é vista de uma forma global como boa (N=14; 12.8%), apesar da referência a algumas limitações funcionais como limitadoras da interação. Esta relação surge também referida como sendo superficial (N=7; 6.4%) denotando um cariz cordial mas de escassa relação. Por seu turno a relação ideal com os outros utentes emerge como marcada pela humanidade e maior interação (N=2; 1.8%).

“Boa... nunca tive uma desatenção com ninguém aqui...” (Suj.16)

“Com os utentes... bom dia, boa tarde, está melhor... e vou andando e pronto!” (Suj.12)

“Gostava que houvesse um bocadinho mais de humanidade umas para as outras, que não se falasse da vida umas das outras.” (Suj.1)

“(...)podiam ter outra relação de falarem melhor ou mais tempo de falarem melhor” (suj.6)

A percepção dos idosos relativamente à relação dos utentes uns com os outros denota duas realidades relacionais distintas: uma conturbada (N=12; 11%) evidenciando alguma desconfiança, falta de educação, bem como a existência de conflitos e de pessoas pouco compreensivas; outra realidade relacional entendida como boa (N=10; 9.2%).

“[Muitas das vezes são uns para os outros...há quem se relacione bem] ou quem se relacione assim a nível duvidoso para com os outros...por falta de conhecimento ou porque as pessoas de facto assim. É assim meio duvidosa, é como quando a gente está na tropa, não conhece bem quem tem ao lado é duvidosa, porque a gente não conhece bem mas há sempre um “q” de reserva.” (Suj.13)

“Converso pouco, sei pouco... mas acho que é boa! São amigos, namoram... fazem tudo!” (Suj.7)

A relação entre utentes e cuidadores é sobretudo vista de uma forma geral positiva (N=19; 17.4%), referindo que os cuidadores estão disponíveis para responder às suas necessidades, são pacientes e os respeitam.

“É boa...trato-as bem, elas tratam-me bem... temos belas funcionárias aí, não tenho que dizer de ninguém...elas tratam bem a gente!” (Suj.6)

“São boas...são pacientes... que mais quer a gente? A lidar só com velharia já...destravada!” (suj.7)

A relação idoso/cuidador surge também como negativa (N=3; 2.8%), ilustrada por episódios de falta de respeito e de incentivos a recompensas monetárias para verem as suas necessidades atendidas mais rapidamente. Existem também referências a uma ausência de atenção por parte dos profissionais “superiores”, i.e., chefias, afirmando que estes os tratam com alguma indiferença.

“(...) o meu marido estava sujo... e era para ir para a mesa... e eu disse “ai filhas, vocês haviam de lavar o meu marido, ele coitadinho vai todo cagado para mesa”... disse assim mesmo. E sabe o que ela disse? “Ele não vai comer pelo cú, vai comer pela boca”. (...) Custou-me tanto, tanto...tanto! São coisas que se digam?” (Suj.1)

“(...) enquanto for eu a coisa ainda vai... o que tenho muito medo e penso muito é se algum dias elas me estão a tratar a mim e eu ter que me zangar com elas... a gente às vezes zanga-se também... uma pessoa anda saturada de uma coisa e outra... e a maneira que elas dão banho a umas e a outras e depois querem gorjetas... Ai! Mas dão, dão muitas gorjetas e elas acostumam-se às gorjetas...(...) Mesmo as Dras...passam por nós como por uma coisa que não existe... não custa nada dizer bom dia a uma pessoa... e elas não... não ligam a nada, nada! Estamos ali naquelas casas a fazer coisas, entretidas e elas nem além vão tão pouco!” (Suj.11)

Outros consideram-na como recíproca e situacional (N=1; 0.9%), na medida em que tratam os cuidadores da mesma forma que eles os tratam.

“É conforme me tratarem, é assim que eu as trato... tratam-me bem, muito bem... se me dizem alguma coisa que eu não gosto eu digo também! Tá claro... elas tão a fazer a vida à nossa conta... estou a pagar e não é tão pouco” (Suj.9)

A análise quantitativa remete sobretudo para um carácter relacional positivo: a existência de um sentimento de respeito na instituição (N=20), uma relação positiva entre utente e cuidador (N=19; 17.4%) e a perceção da qualidade dos cuidados como boa (N=14; 12.8%). Esta análise permite-nos compreender que o relacionamento interpessoal na instituição tem um cariz positivo, porém, não podemos de forma alguma deixar de ter presente as verbalizações dos idosos que embora escassamente referidas revelam aspetos que devem configurar um bom relacionamento entre utentes (a confiança e interação mais profunda) e uma relação dos cuidadores baseada em princípios de educação e desinteresse económico.

O conceito de qualidade dos cuidados não é fácil de delimitar, sendo que a sua avaliação se prende com questões sobre valores, pontos de vista, expectativas e preferências pessoais (Spilsbury, Hewitt, Strik, & Bowman, 2011). Ainda assim, importa referir que a perceção da qualidade dos cuidados apesar de boa é relatada também em termos da autonomia (embora de forma não explícita e relacionada com a saúde), onde esta se evidencia como uma condição para serem bem tratados.

Quando referem os cuidados como maus, relatam não só a sua própria experiência como também a perceção que têm sobre a forma como os outros são tratados. A nível de relacionamentos, apesar de os considerarem bons de forma geral, são identificados

conflitos e superficialidade nas relações, o que poderá indicar um sentimento de pouca identificação ao grupo social, principalmente na relação entre utentes que surge referida como conturbada. Nas relações utente-cuidador são identificados aspetos que devem merecer a nossa reflexão, nomeadamente o facto de existir a necessidade de recompensas monetárias como forma de obter melhores cuidados. Para além do pressuposto ser errado do ponto de vista moral, coloca os idosos numa posição de vulnerabilidade e de submissão relativamente a algo que é um direito: ser cuidado.

A relação com os cuidadores é referida por Custer et al. (2012), como muito importante, embora a proximidade desejada seja diferente de idoso para idoso, pois enquanto uns procuram um maior suporte emocional outros procuram apenas a satisfação dos cuidados que necessitam. Não obstante, devemos ter em conta que são os cuidadores a rede de suporte mais próxima dos idosos e como tal, estes devem sentir-se seguros e apoiados por eles e não inibidos ou coagidos. Roberts e Bowers (2015), evidenciam que as relações com pares e com funcionários influenciam significativamente a qualidade de vida nos idosos, para pior ou para melhor tendo em conta a sua natureza. Em suma, os cuidados prestados e o relacionamento (especificamente utente-cuidador) devem atender à noção de dignidade, para além da dignidade humana universal, a dignidade de mérito que é veiculada aos idosos e que representa o reconhecimento pelas suas conquistas individuais no desempenho dos vários papéis sociais (Nordenfelt, 2004). Assim, importa trabalhar as relações afetivas com os cuidadores e entre os próprios utentes, para potenciar um maior bem-estar e qualidade de vida.

8. Tema VIII. Suporte Social Percebido

Este tema tem como principal objetivo identificar o suporte social percebido dos idosos dentro e fora da instituição. Para tal, colocaram-se as seguintes perguntas: “Quando tem algum problema há alguém a quem possa pedir ajuda/recorrer? Quem? Porquê?”, “Quando tem algum problema há alguém que possa ser seu confidente? Quem? Porquê?”, “Tem amigos aqui no/na lar/instituição? E fora do/da lar/instituição?”. A tabela 13 apresenta os resultados obtidos neste tema.

Tabela 13. *Tema VIII. Suporte Social Percebido: categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Categoria | Subcategoria | N | % |
|-------------------|----------------------------------|---|-----|
| 1. Fonte de ajuda | 1.1. Família | 8 | 9,8 |
| | 1.2. Cuidadores | 9 | 11 |
| | 1.3. Amigos | 1 | 1,2 |
| | 1.4. Desvalorização de problemas | 1 | 1,2 |
| | 1.5. Inexistência | 3 | 3,6 |

(continua)

(continuação)

| Categoria | Subcategoria | N | % |
|---------------------------------|-------------------|----|------|
| 2. Suporte emocional | 2.1. Família | 5 | 6.1 |
| | 2.2. Amigos | 6 | 7.3 |
| | 2.3. Inexistência | 9 | 11 |
| 3. Amigos dentro da instituição | 3.1. Existência | 18 | 21.9 |
| | 3.2. Inexistência | 2 | 2.4 |
| 4. Amigos fora da instituição | 4.1. Existência | 17 | 21 |
| | 4.2. Inexistência | 3 | 3.6 |
| Total | | 82 | 100 |

São referidas como fontes de ajuda principalmente os cuidadores (N=9; 11%) e a família (N=8; 9.5%). Os amigos só residualmente são referidos como fonte de ajuda e mesmo a única verbalização existente reporta-se à existência de um amigo no âmbito do contexto institucional (N=1; 1.2%).

“A todas as encarregadas ou funcionárias” (Suj.13)

“(...) Poderia a vir a ter algum... primeiro falo com a minha filha...depois ela logo me aconselha a fazer...” (Suj.5)

“Hum...tenho aí amigos, tá aqui um segurança que somos muito amigos...mas deus queira que não seja preciso pedir.” (Suj.18)

Identificámos verbalizações sobre a inexistência de alguém a quem possam recorrer (N=3; 3.6%) e também indiciando a desvalorização de problemas (N=1; 1.2%).

“Olhe isso é que eu acho...se há, não sei quem será que possa pedir ajuda! De confiança não encontro aqui ninguém...” (Suj.11)

“Não vale a pena, o problema vai passando e abala... pouca vez peço ajuda. Também os problemas que a gente tem agora em velha não se liga” (Suj.1)

Relativamente a fontes de suporte emocional, especificamente alguém em quem os idosos possam confiar aspetos pessoais mais delicados, observa-se que o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos. A maior parte dos participantes considera não existir ninguém a quem possam confidenciar algo (N=9), porque não confiam em ninguém, porque não têm ninguém ou porque o familiar não toma seriamente em consideração os problemas enunciados.

“Não peço a ninguém... sofro para mim sozinha... porque não conheço as pessoas o suficiente para saber o que é que elas pensam daquilo que eu vou dizer... é melhor pensar para mim sozinha!” (Suj.7)

“Não... não tenho ninguém... só tenho uns primos em 5lugar.” (suj.19)

O papel de confidente é sobretudo atribuído a amigos (N=6) ou a familiares (N=5).

“Olhe, há aí uma colega... com essa rapariga é que desabafo muito e ela desabafa comigo! (...) confio nela e ela confia em mim! É a única pessoa que desabafo é com essa!” (Suj.17)

“São os filhos, cá não tenho assim ninguém...” (Suj.13)

Relativamente à existência de amigos dentro da instituição verifica-se que o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos. Assim, a maioria dos idosos referem a sua existência (N=18). É de salientar que alguns dos idosos que referem ter amigos mesmo assim evidenciam algumas dúvidas quanto à qualidade dessa amizade.

“Eu acho que são todos meus amigos e amigas, também não sou ruim para ninguém... mas também não é amizade de amizade...” (Suj.6)

São muito poucos os idosos que referem não ter qualquer amigo (N=2).

“Não sei... eu para as outras pessoas, não! Não tenho amigos, trato-os bem... agora gosto muito desta ou daquela? Não.” (Suj.7)

Em relação à existência de amigos fora da instituição o número de verbalizações identificadas também corresponde ao número de sujeitos. A maioria dos idosos considera ter amigos fora da instituição (N=17), ainda que as verbalizações denotem sentimentos de saudade e algum desgosto pelo contacto perdido com estes devido à entrada na instituição.

“Fora do lar, tenho lá os meus... se eu lá chegar ao café, até telefonam para me ir ver, tenho muitas amizades...” (Suj.9)

“ (...) Fora do lar, aí isso tinha muitos... nem me quero lembrar! Tadinhos, uns estão doentes... perdemos...(..)tenho uma irmã em (...) no lar... isso é o coração a doer, o desgosto de não a ver a ela (...)tenho saudades, custa-me muito. É o que custa mais... as saudades da vida, da vida que eu fazia com as pessoas e hoje nem as vejo!” (Suj.1)

Há ainda três idosos que referem não ter qualquer amigo fora da instituição (N=3), devido ao facto dos seus amigos anteriores não os visitarem na instituição.

“Fora do lar tinha muita amiga, agora não tenho nenhuma... desde que me meti aqui as minhas amigas também me deixaram... ninguém me vem ver nem nada... as minhas amigas, nem uma cá me vem ver...veja lá as amizades que elas me tinham! Ninguém é capaz de tirar um bocadinho para me vir ver...” (Suj.11)

Em termos da análise quantitativa da informação, verifica-se que os idosos consideram ter fontes de ajuda (N=18; 21.4%) e que estas são essencialmente provenientes de cuidadores e da família. Porém, em termos de suporte emocional, apesar do mesmo ser considerado como obtido via amigos e família, destaca-se a percepção da inexistência de alguém a quem possam confidenciar algo que os preocupe (N=9).

Em suma, podemos referir que os cuidadores surgem como uma das principais fontes de suporte instrumental, i.e., de prestação de ajuda, o que podemos compreender por relação com a sua presença continua na vida quotidiana dos idosos, sendo estes o elemento mais próximo em caso de necessidade ou de resposta a um eventual problema. Relativamente ao suporte emocional, ou seja, ter alguém com quem o sujeito possa falar de forma confidencial e que o faça sentir-se aceite, querido e respeitado (Martins, 2005), a maioria dos idosos refere que não tem ninguém.

Tal facto traz para primeiro plano a problemática da continuidade ou do corte com a vida social e familiar aquando da entrada para a instituição mais vincado nuns casos do que em outros. Deste modo, a qualidade das relações que se estabelecem dentro da instituição, que como vimos anteriormente são marcadas por alguns conflitos e

desconfiança, deveria ser promovida e mediada de forma a compensar tais perdas relacionais desencadeadas pela institucionalização.

Apesar da maior parte dos idosos referir que tem amigos dentro e fora da instituição, a sua integração social (que se baseia na frequência de contactos) e a crença de apoio percebido (que se baseia na perceção de suporte em caso de necessidade) (Paúl, 2005) não vão exatamente no mesmo sentido. Sabemos da importância da rede de suporte social em termos da proteção e adaptação dos idosos (Giles et al., 2005), o que evidencia a necessidade de a fortalecer para o bem-estar dos sujeitos.

9. Tema IX. Bem-estar Material

Este tema tem como principal objetivo conhecer a perceção dos idosos acerca do seu poder económico e da gestão do seu dinheiro. Nesse sentido foram colocadas as seguintes perguntas: “Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades pessoais?” e “Quem é que gere o seu dinheiro? Gostava de ser o/a senhor/senhora a fazê-lo?”. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 14.

Tabela 14. Tema IX. Bem-estar material: categorias, subcategorias, frequências e percentagens

| Categoria | Subcategoria | N | % |
|-------------------------------------|-------------------|----|------|
| 1. Suficiência económica | | 20 | 38.5 |
| 2. Gestão financeira | 2.1. Pelo próprio | 8 | 15.4 |
| | 2.2. Pela família | 13 | 25 |
| 3. Preferência de gestão financeira | 3.1. Pelo próprio | 2 | 3.8 |
| | 3.2. Pela família | 9 | 17.3 |
| Total | | 52 | 100 |

Relativamente à suficiência económica e gestão financeira verificamos que as verbalizações enunciadas correspondem ao número de sujeitos. Nesse sentido, todos os idosos referem ter dinheiro suficiente para as suas necessidades pessoais (N=20) acrescentando, porém, que a reforma é pequena mas que estando na instituição também não têm com o que gastar o dinheiro. No entanto a par disto alguns deles referem depender da ajuda económica de filhos.

“(...) a reforma é muito pequenina... mas não me falta nada...” (Suj.1)

“Dinheiro é mais problema...tenho uma reforma pequena... a minha filha ainda dá dinheiro para estar aqui!” (suj.8)

No que diz respeito à gestão do dinheiro, a maioria dos idosos indica que é a família que faz essa gestão (N=13). Outros referem que são eles próprios a gerir o seu dinheiro (N=8).

“Eu... por enquanto sou eu!” (Suj.6)

“A minha filha...” (Suj.15)

Relativamente à preferência da gestão do dinheiro, a maior parte das verbalizações indicam a preferência por uma gestão feita pela família (N=9; 17.3%), referindo que se sentem mais descansados e que confiam em quem o faz. São escassas as verbalizações que expressam uma preferência por ser o próprio idoso a fazer essa gestão (N=2; 3.8%).

“Não...gosto mais que seja o meu filho... porque ele toda a vida lidou com dinheiro, é de confiança, ele trata das coisas e eu estou descansada. Já não tenho idade para lidar com essas coisas” (Suj.7)

“Gostava... e se eu soubesse antes o que soube depois de vir para aqui....era eu! Porque ela é que tem o cartão...ela é que faz o que quer” (Suj.4)

Em termos da análise quantitativa embora de forma geral os idosos refiram ter dinheiro para as suas necessidades (N=20), estes referem-se às necessidades básicas, salientando que a reforma é pequena, o que nos elucida para a precariedade das condições económicas, que torna esta faixa etária mais vulnerável e com menos poder de decisão. De facto o valor mínimo mensal das pensões da Caixa Geral de Aposentações (pensões de aposentação, reforma, invalidez) tem como valor mínimo os 247,02 euros (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017b), o que traz para primeiro plano a necessidade de algumas famílias se constituírem como fonte de suporte financeiro, dado que mesmo nas IPSS sem fins lucrativos o valor a pagar por cada utente ultrapassa bastante este montante. Como pudemos perceber em tempos de crise, em Portugal e na Europa, uma das razões apontadas por vários políticos relacionava-se com o número de idosos por relação com a população em idade ativa, criando uma ideia destes como um “fardo para a sociedade”, ignorando que a pensão de reforma é a “retribuição” a quem têm direito pelos seus anos enquanto trabalhadores ativos. O retirar ou subverter de direitos, particularmente nesta faixa etária, deve merecer a nossa atenção e a defesa dos mais velhos, não contribuindo para a criação de uma guerra de gerações e para o acentuar dos estereótipos e preconceitos.

10. Tema X. Bem-estar Subjetivo

Este tema tem como principal objetivo compreender as avaliações que os idosos fazem sobre a sua vida em termos das dimensões de satisfação e de felicidade. Para tal, foram colocadas as seguintes perguntas: “Aqui no/na lar/instituição, com o que é que se sente mais satisfeito/a? Porquê?”, “Qual é o momento do dia que gosta mais aqui no/na lar/instituição?”, “Aqui no/na lar/instituição, com o que é que se sente menos satisfeito/a? Porquê?”, “O que é que mais o/a preocupa neste momento? Porquê?” e “Como avalia

o seu grau de felicidade? Muito feliz, Feliz, Nem feliz nem infeliz, Infeliz ou Muito Infeliz? Porquê?”. Os resultados obtidos neste tema apresentam-se na tabela 15.

Tabela 15. *Tema X. Bem-estar Subjetivo: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|-----|-----|---------|---------|
| X.I: Satisfação na instituição | 1. Fontes de satisfação | 1.1. Descanso | 1 | 0.8 | 68 | 51.5 |
| | | 1.2. Saúde | 2 | 1.5 | | |
| | | 1.3. Atividades/Trabalho | 3 | 2.3 | | |
| | | 1.4. Liberdade | 2 | 1.5 | | |
| | | 1.5. Relacionamentos | 7 | 5.3 | | |
| | | 1.6. Espaço | 3 | 2.3 | | |
| | 2. Fontes de insatisfação | 1.7. Satisfação global | 7 | 5.3 | | |
| | | 2.1. Alimentação | 6 | 4.5 | | |
| | | 2.2. Falta de saúde | 3 | 2.3 | | |
| | | 2.3. Dependência dos cuidadores | 2 | 1.5 | | |
| | | 2.4. Falta de atividade | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.5. Relacionamentos | 4 | 3 | | |
| | | 2.6. Saudades de casa | 2 | 1.5 | | |
| | | 2.7. Ausência de suporte familiar | 2 | 1.5 | | |
| | 3. Momento do dia que mais apreciado | 2.8. Estado psicológico | 2 | 1.5 | | |
| | | 3.1. Deitar | 6 | 4.5 | | |
| | | 3.2. Tempo da refeição | 2 | 1.5 | | |
| | | 3.3. Atividade | 3 | 2.3 | | |
| 3.4. Ar livre | | 1 | 0.8 | | | |
| 3.5. Dias de festa | | 4 | 3 | | | |
| X.II: Preocupações | 6. Família | 3.6. Inexistência de preferência | 5 | 3.9 | | |
| | | 1. Mundo/futuro | 3 | 2.3 | | |
| | | 2. Saúde | 7 | 5.3 | | |
| | | 3. Relacionamento com cuidadores | 1 | 0.8 | | |
| | | 4. Bem-estar material | 2 | 1.5 | | |
| | | 5. Dependência dos outros | 2 | 1.5 | | |
| X.III: Avaliação da felicidade | 1. Classificação da felicidade | 6. Família | 6 | 4.5 | | |
| | | 1.1. Muito feliz | 1 | 0.8 | | |
| | | 1.2. Feliz | 10 | 7.6 | | |
| | | 1.3. Nem feliz nem infeliz | 4 | 3 | | |
| | | 1.4. Infeliz | 4 | 3 | | |
| | | 1.5. Muito infeliz | 1 | 0.8 | | |
| | 2. Motivos da existência de felicidade | 2.1. Vida em geral | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.2. Autonomia | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.3. Saúde | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.4. Papel parental | 2 | 1.5 | | |
| | | 2.5. Características da personalidade | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.6. Satisfação das necessidades | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.7. Aceitação | 2 | 1.5 | | |
| | | 2.8. Não especificado | 4 | 3 | | |
| | 3. Motivos da Inexistência de felicidade | 3.1. Reforma | 1 | 0.8 | | |
| 3.2. Morte do cônjuge/familiares | | 2 | 1.5 | | | |
| 3.3. Entrada na instituição | | 4 | 3 | | | |
| 3.4. Perda da autonomia | | 1 | 0.8 | | | |
| 3.5. Não especificado | | 2 | 1.5 | | | |
| Total | | | | | 132 | 100 |

Como podemos observar, o volume de informação nestas três dimensões é díspar, sendo que a primeira dimensão é aquela que apresenta um maior volume de informação (N=68; 51.5%), o que poderá revelar uma profunda consciência sobre os aspetos com os quais se sentem mais e menos satisfeitos e o momento do dia que mais apreciam na instituição. A segunda dimensão diz respeito às preocupações atuais dos idosos e a terceira dimensão à avaliação da sua felicidade, em termos de classificação geral e especificação sobre os motivos da existência ou inexistência desta.

Relativamente à primeira dimensão, i.e., “Satisfação na instituição”, os idosos identificaram várias fontes de satisfação, tais como: relações com os outros (N=7; 5.3%), a satisfação global não especificada (N=7; 5.3%), atividade/trabalho (N=3; 2.3%), espaço (N=3; 2.3%), saúde (N=2; 1.5%), liberdade de movimentos (N=2; 1.5%) e descanso (N=1; 0.8%).

“É a camaradagem... de todos, claro! Mesmo com as funcionárias, elas todas me estimam e eu estimo-as a elas... mesmo com a diretora...” (Suj.16)

“Com tudo... sinto-me satisfeita com tudo...” (Suj.7)

“Olhe é em fazer alguma coisa, estou contente... estou mais liberta, mais confiante em mim, mais contente... sinto-me bem!” (Suj.4)

“(...) meti-me aqui, nem me astrevo a ir para a da minha filha e ela coitadinha gosta de me levar... mas eu sinto-me aqui bem, sossegada no meu canto.” (Suj.1)

“É levantar-me de manhã e ter saúde...” (Suj.16)

“É ter a liberdade, sinto-me satisfeito, ainda poder andar por qualquer lado.” (Suj.20)

“Você agora faz-me rir, eu acho-lhe graça! O melhor que eu tenho aqui no lar é quando acabo de jantar e vou para a minha caminha... porque vou para o descanso (...)” (Suj.1)

As fontes de insatisfação mais verbalizadas reportam-se à alimentação (N=7; 5.3%), onde referem a má confeção da comida, aos relacionamentos com cuidadores, utentes e num contexto relacional geral (N=4; 3%) e à falta de saúde (N=3; 2.3%).

“É a comida, o principal... vai-se passando... os outros passam e eu passo também! Ninguém passa aqui fome que o comer é muito... eu gostava era de outro feitio e outros gostavam de outro...” (Suj.15)

“Isso às vezes é quando elas chateiam por qualquer coisa... a gente também se aborrece... sempre a mesma coisa aborrece” (Suj.2)

“(...) E aqui acontecem coisas que eu nunca esperei de ver acontecer... pessoas más, pessoas perversas, pessoas que levam a vida a fazer pouco dos outros, por amor de deus” (Suj.1)

“Quando eu possa tar doente” (Suj.13)

Para além destas, são ainda referidas como fontes de insatisfação a dependência dos cuidadores (N=2; 1.5%); a falta de atividade (N=1; 0.8%); as saudades de casa (N=2; 1.5%); ausência de suporte familiar (N=2; 1.5%) e estado psicológico (N=2; 1.5%).

“O que gosto menos é lá ter de ficar na cama até que me levantem...de manhã...temos de lá ficar... isso é que me custa, mas já tou disposta. À noite é que a gente se aborrece de estar ali à espera, para não estarmos agora a ir uma, depois outra... temos de estar todas juntas e ir todas juntas. Às vezes estamos já aborrecidas e com vontade de ir descansar, mas tem de ser... a vida é assim!” (Suj.12)

“Sei lá... o que gosto menos...é o dia, tou desejando a noite... estar levantada sem fazer nada...[e o corpo tem dores!]” (Suj.8)

“Menos satisfeita...é a saudade da minha casa!” (Suj.4)

“Era...(...) nunca disse nada... nunca disse “vá lá passar um dia com a gente (...) por isso eu não tenho cegueira de ir... vou lá para me fartar de chorar? Não vale a pena.” (Suj.4)

“[Quando eu possa tar doente] ou agitado por qualquer motivo...que a gente não sabe, ou não se sente bem... Não tenho nada assim, de momento.” (Suj.13)

Encontramos também verbalizações que referem o deitar (N=6; 4.5%), os dias de festa (N=4; 3%) e a existência de atividade (N=3; 2.3%) como momentos mais apreciados no dia.

“O momento do dia que mais gosto... é ao me deitar... gosto de me ir deitar... vou descansar, vou para a minha caminha... A gente está todo o dia sentadas...mas quer dizer, depois precisamos de descansar” (Suj.5)

“Às vezes há aí uma festinha... no Natal e no Santo António há sempre aí grandes festas, vem aí a musica...” (suj.18)

“Todo o dia... mais elas a conversar ou a coser... pegas... já fiz aí umas 150! Meias, blusas... tou entretida!” (Suj.7)

Para além disso, surge ainda como momento apreciado o tempo da refeição (N=2; 1.5%) e o estar ao ar livre (N=1; 0.8%).

“É quando estou a comer, a almoçar...é só por dizer, que eu até gosto de todas as refeições... mas não tenho assim mais nada” (Suj.3)

“De manhã quando me levanto, gosto de ir para o quintal apanhar fresquinho... também o sítio onde me sinto melhor!” (Suj.1)

Outras verbalizações revelam inexistência de preferência por um dado momento do dia (N=5; 3.9%) quer devido a um gosto geral pelos mesmos quer devido a um carácter dos dias sem qualquer novidade. Este último aspeto é passível de duas interpretações distintas: uma relacionada com a previsibilidade dos dias podendo trazer consigo alguma segurança; outra de uma aceitação ligada à inexistência de expectativas ou esperança de algo.

“Gosto de todos” (suj.12)

“Para mim são todos iguais.” (Suj.18)

Em termos da análise quantitativa do volume de informação encontramos quase a par a referência a fontes de satisfação (N=25; 18.9%) e a as fontes de insatisfação (N=22; 16.7%). As principais fontes de satisfação prendem-se com as relações com os outros e com uma satisfação global não especificada. As relações com os outros representam também o chamado bem-estar social, no qual o sujeito funciona em termos dos papéis que desempenha enquanto ser social e que lhe permite sentir-se integrado e realizado (Keyes & Magyar-Moe, 2003). A identificação das fontes de satisfação e insatisfação baseia-se numa das componentes do bem-estar subjetivo – a satisfação com a vida – uma dimensão cognitiva (Ryan & Deci, 2001), que permite compreender aquilo a que

os sujeitos atribuem realmente importância, permitindo identificar necessidades e pensar em respostas em consonância. A fonte de insatisfação mais referida prende-se com a alimentação (N=6; 4.5%). O momento do dia mais apreciado é o deitar (N=6; 4.5%). Quer a alimentação quer o sono parecem corresponder a algo mais do que meramente necessidades básicas pelo que deveria existir por parte destas instituições uma especial atenção a estes aspetos.

Relativamente à segunda dimensão, i.e., “Preocupações”; verificamos que os idosos revelam estar preocupados com a sua própria saúde (N=7; 5.3%), nomeadamente na ideia de dependência do outro; com a família (N=6; 4.5%) e com o que se passa no mundo, com o país e com o que o seu próprio futuro lhes reserva (N=3; 2.3%).

“O que me preocupa mais... é ficar sujeito numa cadeira, mas tenho sempre feito os possíveis para poder andar, para poder movimentar-me! No dia que for para uma cama mais vale a providência me levar! Se tiver um dia e outro à espera...vou sofrer muito! E só não farei uma asneira porque sou católico e os católicos não costumam fazer isso!” (Suj.14)

“Neste momento a única coisa que me preocupa é os filhos e os netos terem a vida deles e a minha já estar destinada” (Suj.13)

“(...) é uma grande preocupação o nosso mundo! O nosso país, esta desgraça que se tem passado naqueles campos, aquela gente toda a morrer naquele fogo... isto é preocupante, muito preocupante. E não temos água, é só pinguinhas... é uma desgraça! E eles sem se entenderem uns com os outros, ninguém faz aquilo que diz que faz... coitadinhos de vocês! De vocês nas vossas idades” (suj.1)

Encontramos ainda verbalizações que revelam preocupação com o relacionamento com os cuidadores (N=1; 0.8%) onde os idosos evidenciam ter receio de ser repreendidos por qualquer motivo; bem-estar material (N=2; 1.5%) onde evidenciam algum receio de que a sua reforma não chegue para fazer face às despesas; e dependência dos outros (N=2; 1.5%).

“É se elas não gostam de alguma coisa... ou se ouço ralar” (Suj.4)

“O que mais me preocupa é, quando baixarem agora...quando deixar de receber, se o dinheiro depois me chega para pagar aqui o lar...” (Suj.5)

“(...)só a minha hora de acabar e pronto. Mais nada me preocupa, só a morte. Estou desmotivada...não é medo de morrer, é de dar trabalho às outras pessoas...estar a gemer, suja... não encaro isso!” (Suj.7)

Relativamente à terceira dimensão, i.e., “Avaliação da felicidade”, verificamos que em termos gerais os idosos a classificam segundo como feliz (N=10), nem feliz nem infeliz (N=4), infeliz (N=4), muito feliz (N=1) e muito infeliz (N=1). Na categoria “Classificação da felicidade” o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos.

“(...)agora sinto-me feliz” (Suj.6)

“Não... num sentido sou feliz, mas ao mesmo tempo não sou. A minha passagem toda... às vezes penso que sou feliz outras penso em desaparecer do mapa, fica um gajo descansado.” (suj.3)

“Não há felicidade... aqui não, já!” (Suj.1)

“Ah... mais ou menos... muito feliz, [porque não sei... gosto disto!] “ (Suj.10)

"(...)agora é infeliz...muito infeliz!" (Suj.17)

Como motivos da existência de felicidade, encontramos uma felicidade sem motivo especificado (N=4; 3%), a satisfação com o papel parental (N=2; 1.5%) e a aceitação desta fase da vida e do que acontece (N=2; 1.5%).

"[“Ah... mais ou menos... muito feliz], porque não sei... gosto disto!” (Suj.10)

"Mas agora, depois dos meus filhos criados e casados e tudo...sinto que sou uma mãe feliz... que sou...tou feliz!" (Suj.7)

"(...)agora sinto-me feliz. A idade não permite mais (...) os anos já se passaram, temos que aguentar o resto." (Suj.6)

Surgem ainda verbalizações que indicam como motivos: a vida em geral (N=1;0,8%), a autonomia (N=1; 0.8%), a saúde (N=1; 0.8%) e as características da personalidade (N=1; 0.8%), que se traduzem numa forma positiva de encarar a vida, reveladora de otimismo.

"(...)não sei se daqui ao futuro chegarei a pontos de estar aborrecido da vida, mas por enquanto não, ainda estou contente de cá estar!" (Suj.15)

"(...)sou senhora das minhas ações... acho bem todas as pessoas se governarem, é a coisa melhor! Mas também tem que fazer para se governar, temos que fazer a vida..." (Suj.9)

"Tou feliz... por isto... sou velha, tenho saúde, não tenho doença nenhuma senão isto da cara..." (Suj.9)

"Eu sou otimista... acho que tenho sido feliz muitas vezes, outras vezes menos... tive esta desgraça, mas nunca esmoreci... e nunca fui homem de esmorecer, sempre bem disposto! Nunca tive medo da vida" (Suj.15)

Por fim, encontramos ainda a satisfação com as necessidades (N=1; 0,8%).

"Olhe...fui sempre pobre, trabalhei toda a vida, nunca tive outras ambições de ter isto ou aquilo... tinha o que tinha. Nesta altura sou mais ou menos feliz, não me falta nada aqui." (Suj.18)

Relativamente à inexistência de felicidade, encontramos motivos como: a entrada na instituição (N=4; 3%) que afastou os idosos do que os fazia felizes, como a casa ou atividades de lazer; a morte do cônjuge/familiares (N=2; 1.5%) e a inexistência de felicidade não especificada (N=2; 1.5%).

"Fraco, fraco... eu não sou feliz... agora não sou feliz.... Fui! Porque eu fui uma pessoa logo de criança muito reguila, muito amiga de brincar, de cantar, de dançar...era um monte de alegria e agora sou de tristeza!" (Suj.4)

"(....)está sempre a falta do marido... ainda é muito cedo, só fez 7 meses" (Suj.1)

"(Vivi muito feliz, tive momentos muito agradáveis, muita felicidade) e agora é ao contrário..." (Suj.17)

Surgem ainda verbalizações, com um pouco menos de expressão, que indicam como motivo: a reforma (N=1; 0.8%), onde há um corte com a vida ativa, marcada pelo trabalho; e a perda de autonomia física (N=1; 0.8%).

"A minha vida já não tem interesse, reformei-me ... passou...." (Suj.7)

"Infeliz é que eu me sinto... porque estou assim nestas condições... de estar assim de não poder... eu quando para cá vim lavava-me, arranjava-me e agora não faço..." (Suj.12)

Tendo em conta a análise quantitativa verificamos que metade dos participantes consideram que são “felizes” (N=10) enquanto 4 se consideram como “nem felizes nem infelizes” e outros 4 como “infelizes”. Os outros dois participantes situam-se nos extremos: um como muito feliz, outro como muito infeliz. Os idosos consideram diferentes motivos para a existência de felicidade, destacando-se o não especificação (N=4; 3%), e com o mesmo número de verbalizações o papel parental e a aceitação (no total N=4; 3%). Os motivos da inexistência de felicidade são também diversos, destacando-se a entrada na instituição (N=4; 3%). Sabemos que uma das condições para uma vida saudável é a existência de felicidade (Machado & Bandeira, 2012) e para tal, a avaliação subjetiva do bem-estar baseia-se nesta medida enquanto motivação para uma vida com significado. Esta avaliação da felicidade é baseada numa estrutura bidimensional composta por afetos positivos e afetos negativos, onde o sujeito experiencia tanto emoções e sentimentos agradáveis como desagradáveis. Sabemos que a longo prazo a frequência da experiência de tais emoções e sentimentos acaba por ser relevante (Diener & Lucas, 2000), o que se constitui como um indicador importante que permite encontrar eventos significativos nos quais o sujeito possa experienciar sentimentos positivos.

11. Tema XI. Necessidades e Idealização

Este tema tem como principal objetivo conhecer a avaliação global das necessidades satisfeitas (percecionadas como ganhos) e insatisfeitas (percecionadas como perdas) por relação com a institucionalização, bem como a percepção de um contexto institucional ideal. Para tal colocaram-se as seguintes perguntas: “Agora que já está no/na lar/instituição há algum tempo, o que é que acha que ganhou de e perdeu realmente?”, “Há alguma coisa de que sinta falta aqui no/na lar/instituição? Do que é que sente mais falta?”, “Imagine que não existiam problemas de dinheiro e que qualquer pessoa podia escolher o/a lar/instituição para onde queria ir... na sua opinião como é que seria o/a lar/instituição ideal?”.

A avaliação das necessidades cumpridas ou, pelo contrário, despoletadas pela institucionalização estrutura-se em quatro dimensões: avaliação positiva da institucionalização relativamente a ganhos, avaliação negativa no que concerne a perdas, avaliação dos aspetos de que os idosos sentem mais falta e percepção de um contexto institucional ideal. Os resultados obtidos apresentam-se na tabela 16.

Tabela 16. *Tema XI. Necessidades e Idealização: dimensões, categorias, subcategorias, frequências e percentagens*

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | N | % | Total N | Total % |
|--|----------------------------------|--|-----|------|---------|---------|
| XI.I: Avaliação global positiva: ganhos | 1. Ausência de maus-tratos | | 1 | 1.1 | 17 | 17.9 |
| | 2. Cuidados | | 2 | 2.1 | | |
| | 3. Segurança | | 2 | 2.1 | | |
| | 4. Conforto | | 1 | 1.1 | | |
| | 5. Companhia | | 2 | 2.1 | | |
| | 6. Atividade | | 3 | 3.2 | | |
| | 7. Não sobrecarregar os filhos | | 2 | 2.1 | | |
| | 8. Vaga na instituição | | 2 | 2.1 | | |
| | 9. Inexistência de ganhos | | 2 | 2.1 | | |
| XI.II: Avaliação global negativa: perdas | 1. Ausência de relações afetivas | | 3 | 3.2 | 18 | 18.9 |
| | 2. Aborrecimento | | 2 | 2.1 | | |
| | 3. Liderança | | 3 | 3.2 | | |
| | 4. Falta de cuidadores | | 1 | 1.1 | | |
| | 5. Perda de vida própria | | 1 | 1.1 | | |
| | 6. Perda de atividade | | 1 | 1.1 | | |
| | 7. Perda de poder financeiro | | 2 | 2.1 | | |
| | 8. Perda de autonomia | | 1 | 1.1 | | |
| | 9. Perda da casa | | 3 | 3.2 | | |
| | 10. Inexistência de perdas | | 1 | 1.1 | | |
| XI.III: Perdas mais importantes | 1. Casa | | 8 | 8.4 | 32 | 33.6 |
| | 2. Família | | 5 | 5.3 | | |
| | 3. Amigos | | 1 | 1.1 | | |
| | 4. Vida própria | | 1 | 1.1 | | |
| | 5. Atividade | | 1 | 1.1 | | |
| | 6. Alimentação | | 4 | 4.2 | | |
| | 7. Relacionamento | 7.1. Humilde | 1 | 1.1 | | |
| | | 7.2. Carinho | 2 | 2.1 | | |
| | | 7.3. Respeito | 1 | 1.1 | | |
| | | 7.4. Compreensão | 1 | 1.1 | | |
| | 8. Objetos pessoais | 1 | 1.1 | | | |
| | 9. Condições de higiene | 1 | 1.1 | | | |
| | 10. Inexistência | 5 | 5.3 | | | |
| X.IV: Contexto institucional ideal | 1. Lar ideal | 1.1. Contexto rural | 1 | 1.1 | 28 | 29.5 |
| | | 1.2. Liberdade | 2 | 2.1 | | |
| | | 1.3. Escolha de alimentação | 5 | 5.3 | | |
| | | 1.4. Menos utentes | 2 | 2.1 | | |
| | | 1.5. Mais privacidade | 2 | 2.1 | | |
| | | 1.6. Ambiente Relacional | 2 | 2.1 | | |
| | | 1.7. Melhores condições gerais e organizacionais | 2 | 2.1 | | |
| | | 1.8. Faixas etárias específicas | 1 | 1.1 | | |
| | | 2. Descrença num contexto melhor | 11 | 11.6 | | |
| | Total | | | | | |

Os aspetos considerados como positivos, i.e., que representam ganhos da entrada na instituição são diversificados relacionando-se com os cuidados de forma geral, que se traduzem em cuidados básicos de resposta às necessidades quotidianas (N=2; 2.1%), segurança (N=2; 2.1%), conforto (N=1; 1.1%) e ausência de maus tratos (N=1; 1.1%).

"(...) aqui tenho apoio... tenho quem...se eu tiver uma pouca sorte acodem-me, auxiliem-me...e na minha casa não tinha nada" (Suj.11)

"(...) não estou sozinha, e às vezes ficava já sozinha de noite...era perigo! Tinha vizinhas boas, mas estavam distantes... se me acontecesse alguma coisa..." (Suj.10)

"Eu acho-me melhor aqui, mas quantas vezes... eu sozinha era uma miséria das maiores! De inverno a casa era muito húmida, muito ruim... e aqui não" (Suj.11)

"Não ganhei nada, se não ver-me livre de a gente andar a brigar todos os dias... (...) E mais depois do meu marido morrer, porque antes ela não se alargava..." (Suj.4)

São referidos também ganhos ao nível da existência de manutenção de alguma atividade (N=3; 3.2%) e da obtenção de companhia (N=2; 2.1%)

"Vou indo ai sempre trabalhando, arranjando o calçado... e sempre vou ganhando algum e depois às vezes lá vou jantar fora" (Suj.18)

"Eu até ganhei, ganhei sem ganhar nada... temos convivência" (Suj.10)

São também identificadas verbalizações de ganhos que remetem para o desejo de não sobrecarregar os filhos (N=2; 2.1%) e para a existência de vaga na instituição de forma a garantir o lugar (N=2; 2.1%).

"Ganhei em ter vindo... estava a sofrer muito mais da minha cabecinha se estivesse lá, porque estava a dar cabo da vida da minha filha... ela não podia, isso para mim dava-me uma grande confusão! E assim estou descansadinho, ainda ontem cá estiveram as duas... são dois amores, como dizia o Marco Paulo." (Suj.15)

"Ganhei tempo em ter vindo ocupar um lugar [e posso dizer que perdi tempo e podia ter estado lá na minha casa, foi a única coisa.]" (Suj.13)

Apesar dos participantes terem enunciado diversos tipos de ganhos também encontramos a perceção de inexistência de ganhos com a entrada na instituição (N=2; 2.1%)

"Não ganhava nada...." (Suj.12)

Relativamente à avaliação negativa da institucionalização os idosos consideraram diferentes tipos de perdas:

a) dinâmica das relações humanas, i.e., ausência de relações afetivas (N=3; 3.2%).

"(...) agora aqui, quero lá saber, as pessoas não me são nada... estes cai dali o outro dali e eu volto as costas e vou-me embora... não me meto em nada de conversas, nem chamo, nem grito...faço a minha vida sozinha (...) converso o menos possível" (Suj.1)

b) ambiente institucional marcado por um exercício de liderança e autoridade pouco claras e difusas acompanhado de desorganização (N=3; 3.2%) e de falta de cuidadores (N=1; 1.1%).

"(...)vão se queixar a quem? Quem é que manda aí? Ninguém." (Suj.19)

"É tudo muito bonito e composto por fora, mas quem cá está dentro é que sabe o que vai cá dentro. Isto está muito desorganizado, completamente desorganizado! (...) não há quem olhe para isto! A gente queixa-se..." o que é que estão a queixar-se?" (Suj.17)

"Muito trabalho, poucas pessoas... umas estão de férias, outras de baixas... aqui no refeitório, 80 e tal pessoas... uma a servir o café com leite, fui o último a ser servido! Uma pessoa a servir tanta gente..." (Suj.17)

c) aspetos afetivo-emocionais como o aborrecimento (N=3; 2.1%) que remetem para o passar dos dias sem nada de novo, onde tudo é igual e nada é verdadeiramente significativo.

"(...) começamos a saturar... todos os dias, todos os dias" (Suj.2)

d) diversos tipos de poder e de autodeterminação sobre a sua vida dentro e fora do contexto institucional: a perda da casa (N=3; 3.2%), de poder financeiro (N=2; 2.1%) de atividade (N=1; 1.1%), de autonomia (N=1; 1.1%), e de vida própria (N=1; 1.1%).

"Agora se me disserem que a gente está melhor do que na nossa casa? Não está, pois com certeza... isso é inegável! Eu estou plenamente bem como se estivesse na minha casa? Não é assim! Olha está-se bem, vive-se..." (Suj.13)

"Perder só... ganho menos mas tenho de pagar a respetiva, mas estou conformado com isso" (Suj.18)

"(...) ajudava muito as irmãs no telefone... e entretinha-me além a atender o telefone... elas abalaram porque as puseram na ruam, elas não queriam, nunca pensaram em abalar" (Suj.17)

"(...) estamos sempre debaixo do obediente das outras pessoas..." (Suj.6)

"(...), perdi tudo... na vida, pronto!" (Suj.17)

Por fim, encontramos ainda a referência à inexistência de quaisquer perdas (N=1; 1.1%).

"Não perdi nada. [Também ganhei pouco]" (Suj.20)

Os aspetos dos quais estes idosos sentem mais falta estruturam-se por relação com a perda de aspetos da sua vida anterior como a casa (N=8; 8.4%) alimentação (N=4; 4.2%) objetos pessoais (N=1; 1.1%) e condições de higiene (N=1; 1.1%).

"Sinto... estar na minha casa era diferente" (Suj.8)

"(...) acho diferença é no comer... o comer é que acho muita diferença! Aqui ninguém passa fome, o que é... é que não é o que a gente come na nossa casa... uma sopa de tomate, umas batatinhas com arroz, um feijão com couve, um cozido... uma coisa assim... Aqui é sempre sopa, carne ou peixe... não passa disso! (...) em casa temos queijo, linguiça para comer com pão e aqui não há nada dessas coisas." (Suj.15)

"(...) e aqui já tenho sentido falta... que eu levanto-me descalça e às escuras às vezes... é de um bacio no quarto. Mas eu não peço. Vou à casa de banho..." (Suj.4)

"Falta... nem queria falar nestes problemas, mas há muita falta da higiene... (...) Uma casa de banho impecável que eu tinha, com bidé, bacia, uma poliban e uma banheira... tinha tudo impecável. Sei que é impossível, mas é o que sinto falta..." (Suj.14)

Para além disso, são percecionados como estando em falta aspetos considerados como muito importantes ligados ao suporte instrumental e emocional que tinham na sua vida anterior e que remetem para a importância da família (N=5; 5.3%) e dos amigos (N=1; 1.1%). No contexto de vida institucional é mencionada a inexistência de afetividade nos relacionamentos marcados por humildade, compreensão, carinho e respeito (N=5; 5.3%).

"Sinto a falta dos filhos (...) Só da família... mais nada" (Suj.7)

"Dos amigos... no conjunto é isso!" (Suj.17)

“Sinto falta de carinho... sinto! Sinto falta de carinho! E apoio! Porque elas também não têm vagar de andar sempre de roda da gente... têm os seus trabalhos para fazer. Não é que sejam ruins para a gente, compreenda... mas pronto, não têm vagar de andar de roda da gente a beijar ou acarinhar... não têm vagar dessas coisas” (Suj.4)

A falta de atividade (N=1.1%) e de vida própria (N=1; 1.1%) são também mencionados como aspetos importantes em falta no contexto institucional.

“É de mexer, de fazer...estar ativa para fazer qualquer coisa... a falta que eu sinto é não ser capaz de ler...nem escrever (...) ainda via, ainda me entretinha a ler ou a fazer qualquer coisa...ou entretinha-me a regar as flores... tinha flores à frente da casa, a regar a tratar delas...até ao meio dia nunca me sentava” (Suj.8)
“(...) da nossa maneira de vida... é diferente” (Suj.7)

Encontramos ainda verbalizações que indicam a inexistência de aspetos dos quais se sentem privados (N=5; 5.4%) o que poderá indicar que alguns dos participantes veem as suas necessidades satisfeitas neste contexto.

“Não sinto falta, temos tudo” (Suj.5)

Relativamente à perceção de um contexto institucional ideal, a maioria das verbalizações indicam diversos aspetos que estes participantes consideram que deviam existir e que aumentariam significativamente a qualidade de vida na estrutura residencial remetendo para:

a) um carater organizacional relacionado com a diminuição do número de utentes de forma a uma maior individualização (N=2; 2.1%) e com a organização da instituição em função da faixa etária dos sujeitos (N=1; 1.1%).

“Gostava de um lar mais pequeno, torna-se uma família... poucachinhos, torna-se uma família e mais descanso! Aqui é um alvoroço, uma coisa maluca! À tarde então, não se pode! A gente põe-se maluca! Barulho e barulho...” (Suj.11)
“(...)era talvez um lar só para gente de certa idade...só velhos... há velhos que são manhosos, mas este lar se lá em baixo tivesse ...há lá certos homens que deviam estar aqui em cima, que estes aqui em cima são mais novos, mais sadios... e os que estão nas cadeiras de rodas...esses estavam sossegadinhos lá na paz deles, esses não se batiam nem se magoavam... mesmo que se ofendessem... não se batiam! Um lar melhor que isso só assim...” (Suj.15)

b) melhores condições das instalações, sendo mencionados aspetos como maior proximidade com o ambiente onde viviam, i.e., a existência destas instituições em contexto mais rural (N=1;1.1%), maior privacidade (N=2; 2.1%) e melhoria das condições gerais e organização (N=2; 2.1%)

“Não precisava de ser muito bom, luxos não... gosto de um lar que fosse suficiente... rural!” (Suj.1)
“(...) ter um quarto privado, uma casa de banho, ter essas coisas todas seria privilegiado...mas isso é impossível! É impossível para determinadas classes, não é impossível para determinadas pessoas” (Suj.13)
“Tivesse mais condições de higiene, porque há três coisas que eu aprecio bastante: um bom quarto...com asseio,(...) e barbeiro!” (Suj.14)
“[Que houvesse paz, sossego] e organização...era o ideal!” (Suj.17)

c) clima e ambiente relacional e institucional de paz e alegria (N=2; 2.1%) e de liberdade de movimento (N=2; 2.1%).

“Eu tenho andado a querer... mas já aqui estou há estes anos todos... mas tenho andado a querer ir para (...) tenho lá uma filha e netas... para aquele lar, para o centro de dia... porque tinha lá mais gente, mais alegria! Sinto muita falta de muita coisa... eu era muito alegre!” (Suj.3)

“Que houvesse paz, sossego [e organização...era o ideal!]” (Suj.17)

“Onde tratassem a gente como tratavam quando éramos mais gaiatos... como os gaiatos é que devíamos ser, para andarmos à nossa vontade!” (Suj.1)

d) possibilidade de decidir, nomeadamente em termos das escolhas alimentares (N=5; 5.3%).

“(...) teria de ser um lar onde a gente pedia as nossas refeições, aquilo que queria como se fosse num restaurante...” (Suj.13)

Apesar de terem sido indicados oito aspetos que seriam importantes ter em consideração num contexto que se quer com qualidade, encontramos também verbalizações que indicam a descrença num contexto melhor (N=11; 11.6%). Tal descrença é evidenciada quer porque os idosos consideram que dentro daquilo que conhecem a instituição onde estão é das melhores, quer porque consideram que todas as instituições têm os mesmos aspetos negativos. Para além disso, referem ainda o facto de não conhecerem outra realidade, denotando-se algum conformismo e aceitação daquilo que lhes é proporcionado.

“(...) não há melhor que este” (Suj.7)

“Se eu tivesse muito dinheiro não estava aqui de certeza...(...) Olhe, isso no fim de contas é tudo igual... o meu padrinho foi para outro lar (...) é igual a isto” (Suj.2)

“Melhor? Aonde? Só conheço este não posso dizer mais nenhum!” (Suj.10)

Em termos da análise quantitativa, faz-nos sentido particularmente neste tema fazê-la na sua totalidade, uma vez que este diz respeito à avaliação global positiva e negativa da institucionalização e à perceção de um contexto institucional ideal.

Em primeiro lugar, os idosos evidenciam uma série de aspetos considerados como perdas importantes (N=32; 33.6%), dos quais se destacam a casa (N=8; 8.4%), a família (N=5; 5.3%) e os relacionamentos (N=5; 5.3%). Importa compreender que as verbalizações que referem os relacionamentos evidenciam a sua qualidade em termos da presença de humildade, carinho, respeito e compreensão. A necessidade de carinho e compreensão é referida, por exemplo, por relação com os cuidadores, o que vem consolidar a importância destes enquanto fonte de suporte emocional para os idosos. Encontramos uma verbalização que refere a falta de cuidadores na avaliação global negativa e nesse sentido, podemos entender que o número de cuidadores que se

encontram neste momento nas estruturas residenciais poderá estar aquém daquele que seria desejável para dar resposta às necessidades dos idosos, nomeadamente em termos de suporte afetivo, tão necessário como o instrumental. Pensamos que embora o cuidado “tradicional” seja de facto importante e necessário, a qualidade do mesmo não poderá negligenciar esta dimensão.

Verificamos que as verbalizações que dizem respeito à avaliação global positiva (N=17; 17.9%) e avaliação global negativa (N=18; 18.9%) têm valores bastante próximos o que poderá indicar uma consciência profunda acerca dos ganhos e perdas que decorrem da institucionalização. Em termos de ganhos, destaca-se a possibilidade de realizar atividades (N=3; 3.2%). Relativamente às perdas, encontramos a ausência de relações afetivas (N=3; 3.2), a desorganização e exercício da autoridade e liderança (N=3; 3.2%) e a preferência por estarem nas suas casas (N=3; 3.2%). Tais perdas são referidas também como perdas significativas, tendo surgido a sua importância de forma transversal ao longo desta investigação nos mais diversos temas, o que merece uma profunda reflexão sobre a forma de as colmatar, principalmente porque tais perdas, i.e., com uma dimensão afetiva poderão condicionar a forma como os idosos encaram esta fase do ciclo de vida e o próprio processo de institucionalização.

No que diz respeito à perceção de um contexto ideal (N=28; 29.5%), as verbalizações incidiram sobre diferentes aspetos em que os idosos gostariam de ter poder de decisão, como é caso da escolha da alimentação (N=5; 5.3%). Para além disso, compreendemos que todos os outros aspetos se estruturam por relação com a vivência anterior dos idosos e refletem de alguma forma os seus valores, princípios e aspirações. Nesse sentido, a maioria dos aspetos referidos são passíveis de alteração e adequação pelas estruturas residenciais que pretendam proporcionar uma vida com qualidade aos seus utentes.

Conclusão

O fenómeno do envelhecimento constitui-se como uma das problemáticas atuais com impacto a diversos níveis. A problemática do envelhecimento não é meramente demográfica relacionando-se também com o significado social atribuído à velhice. Segundo alguns autores (e.g., Rosa, 2012), o cerne da questão não está no envelhecimento em si mesmo, mas sim na forma como a sociedade não se transformou em função desta realidade. Importa ainda compreender esta nova realidade à luz da qualidade de vida já que estudos neste âmbito e com esta faixa etária são relativamente recentes e escassos (Marques, Sánchez, & Vicário, 2014). O conceito de qualidade de vida reporta-se à percepção do sujeito sobre o seu bem-estar relativamente a diferentes dimensões da sua vida (Schalock, 2004).

Orientações e legislação diversas advogam a manutenção do modo e qualidade de vida do idoso, o reforçar da sua independência, participação, realização pessoal, assistência e dignidade, questões estas que procurámos compreender em contexto de institucionalização. Tal compreensão foi possível através do conhecimento da realidade experienciada e do significado atribuído a estas experiências pelos próprios idosos, identificando-se também a sua percepção sobre os seus direitos de forma geral e igualmente de forma específica em termos de poder de decisão, autonomia executiva e liberdade. A tónica nos direitos constitui uma parte substancial deste trabalho, na medida em que os direitos humanos e sociais são uma questão nuclear na vida dos sujeitos (Veiga, Garcia, Neto, & Almeida, 2009). É inegável a importância dos direitos na forma como olhamos e vivemos a realidade, não apenas porque estruturam as relações sociais, mas porque a sua defesa proporciona oportunidades e dignifica a vida daqueles que por circunstâncias diversas poderão ver limitada a sua existência (Benavente, Mendes, & Schmidt, 1997). Apesar de um novo entendimento da pessoa idosa, das suas necessidades e direitos é necessário compreender em que medida tal se transpõe para as respostas em contexto institucional. Sabemos que a institucionalização do idoso é uma das respostas mais implementadas em Portugal, sobretudo quando existe dependência ou uma preocupação com o seu eventual aparecimento (Pimentel, 2001). A compreensão e reflexão acerca das implicações da residência dos idosos em contexto institucional constituem um elemento diferenciador na forma como se equacionam respostas e se previnem e ultrapassam dificuldades impostas por este novo contexto de vida. A compreensão da vivência desta fase do ciclo de vida é talvez um dos aspetos mais importantes quando pretendemos compreender as reais necessidades dos idosos, qualidade de vida e aspirações, não esquecendo,

porém, que a forma como estes entendem que os outros os percebem, i.e., a representação social acerca do que é ser idoso, é também significativa.

Neste estudo, verificamos que os idosos consideram que os outros os percebem sobretudo de uma forma positiva. No entanto, surgem também aspetos negativos como a inexistência de respeito e valor a par de uma visão que seria abusivo da nossa parte classificar como positiva ou negativa e que remete para aspetos como indiferença, pena e vulnerabilidade os quais deveriam ser alvo de investigações futuras de modo a que fossem os próprios idosos a explicitar e clarificar o seu significado. Por contraponto, a forma como os próprios idosos encaram esta fase atual do seu ciclo de vida é marcadamente negativa, salientando-se aspetos relacionados com a ausência de saúde e um sentimento de tristeza por relação com a perda da casa, da liberdade e da vida social. Tal percepção deverá ser compreendida num contexto de continuidade e da dinâmica entre a vida anterior à institucionalização e a sua presente vida em contexto de estrutura residencial. A vida anterior à institucionalização é sobretudo percebida pela realização de atividades de trabalho e da vida diária e pela presença de relações de amizade e dinâmicas familiares que se constituíam como pilar organizador, de estruturação de tempo e como elemento determinante de sentimentos de realização pessoal por parte dos idosos.

Os motivos pelos quais os idosos optaram por esta resposta institucional prendem-se com aspetos ligados ao próprio indivíduo, destacando-se a ausência de suporte e de saúde, e objetivos de relacionamento familiar destacando-se o evitamento de ser um fardo para os filhos. Apesar dos motivos de ordem administrativa serem pouco enunciados, ou seja, a opção pela institucionalização para não se perder uma vaga, tal é altamente perverso e traz para primeiro plano a questão da organização e das normas explícitas e latentes das estruturas residenciais. De facto, sabemos que há falta de vagas e que muitas instituições recusam ou dizem ser mais difícil ter uma vaga se o idoso estiver acamado ou em situação de grande dependência e fragilidade em termos de saúde. Como tal, é pertinente a interrogação sobre quantos idosos estão em estrutura residencial ainda sem necessidade, mas sim devido a tais constrangimentos organizacionais e por medo do aparecimento de uma eventual situação problemática. Verifica-se que a decisão de entrada na instituição foi maioritariamente tomada pelos próprios idosos o que se encontra em consonância com os principais motivos por si mesmos enunciados para a institucionalização. Encontramos também coerência entre os principais motivos e expectativas de ganhos identificando-se os seguintes paralelismos: motivo ausência de saúde/ganho de cuidados; motivo ausência de

suporte/ganhos de segurança, companhia e bem-estar; motivo não sobrecarregar os filhos/ganho de não ser um fardo. As expectativas de ganhos que de facto surgem enunciadas como tendo sido ganhos reais com a entrada na instituição reportam-se à obtenção de cuidados, segurança e companhia e ao não sobrecarregar os filhos. Apesar dos idosos se referirem mais às expectativas de ganhos do que de perdas encontramos verbalizações que traduzem ainda a inexistência de expectativas de ganhos e a inexistência de expectativas de perdas.

As expectativas de perdas mais enunciadas dizem respeito à casa, autonomia, bem-estar e liberdade, evidenciando-se um sentimento de “corte” com a vida anterior e alguma aceitação desta nova realidade como uma inevitabilidade. Esta aceitação pode prender-se também com a subversão dos direitos que até então pautavam as vidas destes idosos e que surgem como determinados e limitados pelo contexto institucional, podendo constituir-se como um fator de risco para a preservação da sua identidade. As únicas expectativas de perda que de facto surgem igualmente enunciadas como tendo sido perdas reais com a entrada na instituição reportam-se à perda de casa e de autonomia (em geral, poder financeiro e vida própria).

A qualidade de vida foi explorada por relação com a perceção de direitos gerais e específicos, privacidade e intimidade, identidade pessoal e social, relacionamento, suporte social, perceções de bem-estar, necessidades e aspirações acerca da institucionalização. Os idosos percecionam cinco direitos gerais que deveriam existir nesta fase da vida: direito ao cuidado (entendido em diversas facetas, mas sobretudo como direito a ser bem tratado e em termos afetivo-relacionais), à liberdade, à saúde, à reforma e à vida ativa. Encontram-se expressas duas opiniões contrárias sensivelmente com o mesmo peso: uma de que estes direitos existem no contexto institucional (acentuando o ser bem tratado em geral) e outra que alega a sua inexistência nesse contexto (acentuando o não ser bem tratado e a inexistência de aspetos afetivo-relacionais positivos). Relativamente a direitos mais específicos estes referem-se ao poder de decisão, de autonomia executiva e liberdade. As oportunidades de decisão no contexto institucional são exclusivamente consideradas como inexistentes. O poder de decisão sobre a sua própria vida é acentuadamente visto pelos participantes como inexistente. Apesar do poder de decisão ser expresso somente como inexistente a autonomia executiva no que respeita à implementação de decisões simples como poder ir para o quarto e horas de levantar e deitar é indicada como existente embora sob o normativo da instituição mais do que da iniciativa do indivíduo. Quanto a atividades existentes na instituição as questões não se levantam ao nível da sua existência, mas

sim da sua diversidade, poder de escolha e atratividade. Se tivermos como objetivo aumentar a atividade e participação dos idosos surge como fulcral a implementação de atividades não só estimulantes, mas que respondam às suas reais aspirações e necessidades. A possibilidade de autonomia de saídas da instituição é também percecionada como existente ainda que regulada por algumas regras do contexto. A inexistência dessa possibilidade surge relacionada com impossibilidades físicas, com impedimento da instituição ou dos próprios filhos. Os direitos de liberdade de ação e expressão em geral são acentuadamente vistos como existentes. No entanto, no que respeita à possibilidade de os idosos realizarem uma queixa, ao mesmo tempo que afirmam poder fazê-lo, afirmam igualmente ter receio das consequências daí advindas. Em suma, podem fazê-lo em abstrato, mas não se atrevem a tal. Queremos enfatizar que o idoso deve ser entendido como um cidadão de pleno direito, igual aos demais cidadãos. Os direitos consagrados a qualquer ser humano bem como os direitos que adquirem por se encontrarem nesta fase do ciclo de vida devem ser respeitados e cumpridos, pois representam uma condição indispensável para uma vivência digna. Os aspetos relacionados com a privacidade são importantes num contexto de vida coletiva. A privacidade é percecionada de forma acentuada como existente em termos de tempo e em termos de espaço (i.e., poder estar em certos períodos de tempo a sós/ter um espaço onde possam guardar objetos pessoais). Quanto à privacidade de espaço encontramos verbalizações em termos da percepção da sua existência (i.e., existência de um sítio onde possam ter os seus objetos pessoais) e da sua inexistência (i.e., existência de um sítio onde possam ter os seus objetos pessoais inacessíveis aos outros). O tempo e o espaço privados são um mecanismo de controlo interpessoal e um elemento importante quando falamos da adaptação a este novo contexto que à partida induz múltiplas perdas pelo que deveriam ser repensados de forma a garantir a permanência da individualidade e privacidade da pessoa idosa. A intimidade em termos da vivência dos cuidados de higiene é vista como uma situação aceite e já não desconfortável embora transpareçam aspetos reveladores da aceitação deste cuidado como uma inevitabilidade à qual se habituaram e com a qual têm de lidar. Alguns idosos revelam algum pudor e um sentimento de vergonha associado à escassa privacidade deste cuidado. Por sua vez, a intimidade numa vertente amorosa é vista pela maioria dos idosos como inadequada e censurável nesta fase do ciclo de vida ao mesmo tempo que sobressai também a ideia de que os outros reprovam a existência de tais relacionamentos. Parecem existir indicadores de que esperar pelo fim da vida de

forma tranquila e sem a reprovação dos outros é uma condição importante para alguns destes idosos.

A identidade pessoal é mencionada como um direito constitucional e liga-se ao bem-estar e à qualidade de vida, na medida em que reflete a forma como o sujeito se vê e sente que é visto pelos outros (Machado, 2003), o que é particularmente importante nesta faixa etária e neste contexto. As verbalizações na sua maioria revelam a possibilidade de os idosos manterem pertences geralmente básicos (vestuário, fotografias, pequenos objetos) embora algumas verbalizações indiquem que preferiram não levar certos objetos (ou até os mais importantes) para a instituição. Relativamente aos hábitos e rotinas (e.g., vida própria, atividades da vida diária), a maioria dos idosos refere o seu término com a entrada na instituição. No que concerne ao desejo de poder continuar a realizar tarefas quotidianas as verbalizações distribuem-se quase paritariamente em dois eixos: um de inexistência de o querer fazer devido à ausência de saúde e perda de vontade (que poderá também ter a ver com a ausência de um sentimento de pertença); outro de existência do desejo de manutenção de tarefas e atividades de vida diária. Salientamos como positivo a possibilidade de os idosos mudarem de quarto se assim o desejarem, nomeadamente por motivos como divergência com os colegas de quarto, pois tal permissão revela preocupação com as suas necessidades e bem-estar.

O papel da instituição enquanto organização e dos cuidadores e profissionais enquanto elementos que fazem parte da vida diária dos idosos é fundamental para as diversas mudanças que encontramos como desejáveis nas verbalizações dos idosos. Estas mudanças relacionam-se não só com a qualidade dos cuidados, mas também com o fortalecimento das relações entre idosos e entre idoso-cuidador. Em termos de relacionamento interpessoal a qualidade dos cuidados é sobretudo percebida como boa e em abstrato o respeito é por todos considerado como existente, ainda que surjam aspetos que revelem desconsideração pelas condições físicas e psicológicas dos idosos. A relação entre idosos é considerada maioritariamente como boa embora também como conturbada caracterizando-se por um cariz superficial e de conflito. Os relacionamentos marcados por uma maior humanidade e interação surgem como aspirações da relação ideal entre idosos. A relação idoso-cuidador é igualmente vista de uma forma sobretudo positiva devido à existência de respeito e de disponibilidade para atender às suas necessidades. A relação negativa com os cuidadores é bastante menos referida e ilustrada por episódios pontuais de falta de respeito e prática de incentivos de recompensas monetárias como forma de obter melhores cuidados.

Importa referir que os cuidadores, a par da família, são percecionados como uma das principais fontes de ajuda. Sobressaem referências à inexistência de fontes de suporte emocional o que traz para primeiro plano a necessidade de promover ou consolidar as relações afetivas no contexto institucional para que os idosos se sintam como parte integrante do contexto onde vivem e não como “o fardo” que não quiseram ser para a família.

Relativamente ao bem-estar material (poder económico e gestão financeira), os idosos consideram ter dinheiro suficiente para as suas necessidades básicas, ainda que surja alguma vulnerabilidade em termos de poder económico devido a uma reforma pequena. Sobressai fortemente a preferência de uma gestão financeira realizada pela família, o que é um indicador de uma delegação de poder que poderá ocorrer por motivos diversos sendo referido que tal acarreta uma menor preocupação. Questionamo-nos sobre a possibilidade de o contexto poder privar estes idosos da vivência de uma vida plena onde esta preferência deixou de fazer sentido. O bem-estar subjetivo experienciado na instituição foi explorado por relação com a avaliação de satisfação na instituição, principais preocupações e avaliação da felicidade. Os idosos referiram diferentes fontes de satisfação (e.g., relacionamentos, atividade, espaço) e de insatisfação (e.g., alimentação, relacionamentos), sendo o momento mais apreciado o deitar o que para além da satisfação de uma necessidade vital pode indiciar uma inexistência de sentido, de oportunidades de realização, de sentimentos positivos e de pertença durante o dia. As preocupações mais referidas prendem-se com o estado de saúde e a família. É de realçar a existência de referências à preocupação com o mundo e futuro, o que é revelador de que os idosos não estão alheados do que se passa à sua volta e podem e devem de facto ter um papel participativo e importante na sociedade. Relativamente à avaliação da felicidade, metade dos idosos considera-se feliz e a outra metade distribui-se pelas restantes classificações sendo mais referidas a inexistência de felicidade e o não estar feliz nem infeliz.

É de salientar que o maior foco de avaliação do contexto institucional se situa nas temáticas de bem-estar subjetivo e de necessidades e idealização do contexto institucional. Os idosos consideram que os principais ganhos obtidos com a institucionalização se traduzem na obtenção de cuidados, possibilidade de realizar atividades, na existência de segurança, não ser um fardo para os filhos e ter companhia. Apesar dos relacionamentos terem sido descritos como superficiais revelando-se uma fraca ligação afetiva, os dados indicam que o facto de estarem acompanhados, i.e., de não estarem sós, constitui por si só um elemento positivo que poderá ser revelador de

uma aspiração limitada pelas circunstâncias da sua vida atual e pela falta de perspectiva de algo melhor. As perdas consideradas como efetivas pelos idosos prendem-se com a ausência de relações afetivas, perda da casa e de autonomia e a vivência num contexto em que o exercício da liderança e autoridade são difusos. As perdas mais importantes surgem relacionadas com a ausência de relacionamentos significativos, marcados pelo carinho e a falta de cuidadores que o permitam. Tal leva-nos a refletir exatamente sobre a importância que tal deve assumir e sobre as reais condições que possibilitem por parte dos cuidadores uma resposta às necessidades afetivas que os idosos reivindicam e que vá para além dos cuidados básicos e gerais. Palacios-Ceña et. al (2013b), evidenciam que os idosos constroem a sua vida de forma colaborativa com os cuidadores, tendo a necessidade de partilhar experiências, o que revela a importância de relações autênticas e sinceras onde se sintam como sujeitos únicos. Tal é ainda mais importante e significativo se atendermos ao facto de os idosos referirem como uma perda importante a família, ainda que esta perda não tenha sido em algum momento uma perda expectável. Sabemos que independentemente da idade a perda de relações significativas poderá conduzir a sentimentos de vazio e depressão que urge colmatar de alguma forma (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

Importa salientar que a perda de autonomia está ligada a um sentimento de estarem sob a autoridade e regras de um contexto onde a autodeterminação e o seu exercício são escassos. Esta autodeterminação deve ser entendida como a possibilidade de participar na tomada de decisões que dizem respeito à sua vida, constituindo-se como um pré-requisito para uma maior independência e sentimento de controlo nas atividades quotidianas e na sua vida em geral (Ekelund, Dahlin-Ivanoff, & Eklund, 2014).

O contexto institucional parece ser marcado por grande privação, sendo que a idealização que os idosos fazem sobre um contexto melhor se relaciona, entre outros aspetos, com a possibilidade um maior poder de decisão relativamente à alimentação, existência de maior privacidade, menos utentes e contexto mais rural. A alimentação foi referida pelos idosos em diversos temas (vivência anterior, expectativas de entrada na instituição, direitos gerais, bem-estar subjetivo, necessidades e idealização) o que nos remete para o ato de comer também como um ato social e cultural que facilita os contatos e relacionamentos entre os utentes. É em torno do horário das refeições que as atividades das instituições residenciais são organizadas, sendo que estas permitem aos idosos uma sensação de segurança, de continuidade e controlo sobre o seu dia-a-dia. Para além disso e talvez mais importante é o facto de a comida se constituir como um elemento facilitador de lembranças da vida anterior, proporcionando sentimentos

positivos (Palacios-Ceña, et al., 2013a). A alimentação nestas estruturas residenciais deveria ser pensada e contextualizada por relação com hábitos e gostos dos utentes e enquanto espaço social e afetivo. Merece também a nossa reflexão a expressão do desejo de um contexto ideal marcado por maior ruralidade, o que remete em certa medida para a problemática do desenraizamento dos idosos que morando em contexto rural tiveram de se deslocar para um contexto mais citadino, perdendo não só os laços afetivos àqueles que vivem nesse contexto mas também o sentimento de identidade ao lugar que liga o quem somos ao lugar onde estamos e que fornece um sentimento de pertença e ligação (Cavalcante & Elali, 2011).

Na globalidade, os resultados evidenciam fragilidades em diversas dimensões da qualidade de vida em contexto institucional, nomeadamente ao nível das relações afetivas, participação e direitos dos idosos bastante condicionados e domínio de práticas assistencialistas/instrumentais. Tais resultados apontam para a necessidade de fortalecer as ligações afetivas e o sentimento de pertença e identidade ao lugar o que passa pela criação de uma cultura de respeito e amabilidade nas ERPI's, por uma formação direcionada para a mudança de crenças e representações sobre os próprios e idosos e papel destas instituições, bem como pela criação de residências de menores dimensões, com uma tipologia habitacional mais próxima das "casas comuns" e preferencialmente nos territórios de vida dos indivíduos. Em termos gerais o discurso político e social advoga como desejável a permanência dos idosos nas suas residências. No entanto, apesar de existirem já diversas respostas de apoio domiciliário, tal nem sempre é possível ou mesmo, em alguns casos, desejado pelos idosos. Deste modo, questionamo-nos sobre a disparidade de respostas aos idosos por relação com alterações já efetuadas em respostas para a infância e a adolescência. De facto, os grandes internatos de resposta a vítimas de maus tratos ou em situações de perigo atual ou iminente, foram substituídos há alguns anos por estruturas residenciais de pequena dimensão inseridas na comunidade e com características similares às de qualquer casa. Porque se mantêm ainda como algo normal as grandes estruturas residenciais para pessoas idosas? Evitar que os idosos sejam marginalizados e segregados é um dos desafios que se colocam às sociedades contemporâneas. A promoção da autonomia pessoal do idoso e da sua participação na vida social e cultural, bem como ações que previnam o isolamento ou a marginalização social não são vislumbradas. Os dados obtidos suscitam muitas interrogações sobre a qualidade de vida dos idosos dentro das estruturas residenciais e sobre a existência de uma vida para lá das paredes da instituição, surgindo mais indicadores de exclusão social do que de inclusão social. Não

se identificam medidas ou práticas por parte das instituições que visem assegurar de forma efetiva uma parte fulcral da qualidade de vida dos seus utentes, i.e., os seus direitos enquanto cidadãos e idosos. Urge a mudança de representações, concepções, organização e práticas das estruturas residenciais de idosos ao nível das políticas sociais e das estruturas de poder existentes nas mesmas, i.e., chefias e profissionais que nelas trabalham. Tais mudanças passam não só pela formação direcionada para o conhecimento científico e sensibilização sobre o envelhecimento e qualidade de vida, mas também pela introdução e aumento de práticas de participação dos idosos nas instituições, em tomadas de decisão individual e colectiva, nomeadamente através da criação de assembleias dos utentes e de comissões de representantes dos mesmos. Centrar a intervenção institucional num sentido mais desenvolvimental, mais emancipatório e menos assistencial a par da criação de mecanismos de garantia e defesa dos direitos dos idosos (e.g., através de mecanismos de monitorização externa e interna e de metodologias participativas e confidenciais) é algo premente.

Importa realçar que não cabe apenas às instituições, mas à sociedade de forma geral assumir a defesa e implementação dos direitos dos idosos, numa perspetiva de solidariedade consciente e interventiva que permita que olhares pejorativos sobre esta faixa etária sejam substituídos pelo respeito e pelo reconhecimento (Martins & Santos, 2008). Melhorar a qualidade da resposta institucional implica não só a alteração das representações da própria instituição e das práticas dos seus profissionais, mas também alteração de políticas sociais. Os critérios de qualidade presentes nas orientações políticas nacionais e europeias devem ser tidos como um elemento fundamental que o próprio estado deve assegurar de forma a que as instituições tenham capacidade de desenvolver ações concretas e práticas que não sobrecarreguem os seus profissionais, mas que lhes permitam uma prestação de cuidados não só instrumentais como emocionais e promotores de desenvolvimento e realização. Neste sentido, deveria procurar-se implementar efectivamente a estratégia de protecção ao idoso (Resolução do Conselho de Ministros nº 63/2015).

O estudo realizado apresenta vantagens e limitações diversas. É de realçar que o mesmo permitiu aceder ao real significado que os idosos atribuem às experiências da sua vida em contexto residencial. Tal contribui para a reflexão acerca da problemática do envelhecimento e permite encontrar indicadores que possibilitem a alteração de concepções e de práticas consideradas como insuficientes ou limitadas. O facto de ser realizado com idosos na quarta idade possui também um carácter inovador na medida em que são poucos os estudos realizados com esta faixa etária. O estudo apresenta

algumas limitações decorrentes da sua própria natureza qualitativa e exploratória, de condicionantes dos critérios de constituição da amostra e do contexto, i.e., ter sido realizado com idosos de duas grandes estruturas residenciais que servem populações com menores recursos. Porém, tais limitações surgem também como vantagens, pois permitem-nos compreender a realidade concreta destes idosos que apresentam características semelhantes às de tantos outros no interior do país e particularmente na região do Alentejo. Consideramos que seria interessante realizar estudos qualitativos de aprofundamento e estudos quantitativos sobre direitos e qualidade de vida, bem como estudos com idosos que vivem em contextos residenciais de menores dimensões (tipologia “apartamentos” ou “aldeias-lar”) e que tenham maior capital socioeconómico, por forma a averiguar de possíveis semelhanças e diferenças relativamente aos aspetos estudados. Para além disso, afigura-se como pertinente conhecer a perceção de idosos que ainda vivem nas suas residências (nomeadamente acerca das implicações da institucionalização e de alternativas a esta) mas que equacionam, eventualmente, recorrer a este tipo de resposta social e institucional. Por fim, estudar as perceções de familiares, cuidadores informais e cuidadores formais, i.e., profissionais que trabalham nas estruturas residenciais, acerca de algumas questões que foram exploradas com os idosos e de outras mais direcionadas para a especificidade do seu papel afigura-se igualmente como relevante para entender a vivência do envelhecimento e da sua qualidade. Tanto este estudo como as investigações futuras que perpetivamos poderão contribuir para que o envelhecimento se transforme numa fase para viver e não seja *“uma vida triste...uma vida sem vida!(...)”*, uma vida que *“(...)Não é uma vida normal, para mim não é uma vida normal”* (Suj. 4).

Referências

- Aboim, S. (2003). Evolução das estruturas domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, 13-30.
- Abrams, D., & Hogg, M. A. (1998). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.
- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M., & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, 41, 85-92.
- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e Educação* (5ed). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Almeida, T., & Lourenço, M. L. (2009). Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6, 233-244.
- Alvino-Borba, A., & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas: um olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. *Serviço Social*, 106, 219-240.
- Andorno, R. (2011). The dual role of human dignity in bioethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 1-7. doi: 10.1007/s11019-011-9373-5
- Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 27, 259-268.
- Antiel, R.M., Curlin, F.A., James, K.M, Sulmasy, D.P. & Tilburt, J.C. (2012). Dignity in End-of-Life Care: Results of a National Survey of U.S. Physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44, 331-339.
- Araújo, L. F. D., Coutinho, M. D. P. D. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico*, 36, 197-204.
- Ardelt, M. (2004). Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept. *Human Development*, 47, 257-285.
- Azeredo, Z. (2016) Aging: A Challenge for the XXI Century. *Journal of Aging & Innovation*, 5, 20-26.
- Ball, M. M., Perkins, M. M., Whittington, F. J., Hollingsworth, C., King, S. V., & Combs, B. L. (2004). Independence in assisted living. *Journal of Aging Studies*, 18, 467-483. doi: 10.1016/j.jaging.2004.06.002

- Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Espanha: Editorial Universitas-UNED.
- Baltes, B. B., & Dickson, M. W. (2001). Using life-span models in industrial/organizational psychology: The theory of selective optimization with compensation. *Applied Developmental Science, 5*, 51–61. doi: 10.1207/S1532480XADS0501_5
- Baltes, M., & Wahl, H. (1992). The behavior system of dependency in the elderly: Interaction with the social environment. In M. R. Abeles, & P. Lipman (Eds.), *Aging, health, and behavior* (pp. 83–108). Newbury Park, CA: Sage Publications
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology, 23*, 611-626. doi: 002-1649/87/\$00.75
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380. doi: 0003-066X/97/\$2.00
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. *Gerontology, 49*, 123-135. doi: 10.1159/000067946
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist, 55*, 122-136.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In W. Damon, & R.M Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 234-256). New York: Wiley.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual review of psychology, 31*, 65-110. doi: 0066-4308/80/0201-0065\$01.00
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology, 50*, 471-507. doi: 0084-6570/99/0201-0471\$08.00
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *PsicoUSF, 10*, 11-19.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (4ed). Lisboa: Edições 70.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Carvalho, J. M. M. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-

- evidência. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, (pp.1-11).
- Benavente, A., Mendes, H. and Schmidt, L. (1997). Direitos dos Cidadãos em Portugal: Conhecimentos e Opiniões. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 24, 71–114.
- Bengtson, V., & De Terre, E. (1981). Aging and family relations. *Marriage & Family Review*, 3, 51-76. doi: 10.1300/J002v03n01_03
- Bestetti, M. L. T. (2014). Ambiência: espaço físico e comportamento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, 601-610.
- Birren, J., & Birren, B. (1990) The concepts, models, and history of the psychology of aging. In J. Birren, J., & Schaie, K.W. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3 ed., pp. 3-20). San Diego: Academic Press.
- Boava, D.L.T., & Macedo, F.M.F. (2011). Contribuições da fenomenologia para os estudos organizacionais. *Cadernos EBAPE*, 9, 569-487.
- Borglin, G., Edberg, A. K., & Hallberg, I. R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of aging studies*, 19, 201-220. doi: 10.1016/j.jaging.2004.04.001
- Bowling, A. & Windsor, J. (2001). Towards the good life. A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55–81.
- Bowling, A., & Zahava, G. (2004). An integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain. *Social Indicators Research*, 69, 1-36.
- Branco, P.C. (2014). Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20, 189-197.
- Brimelow, R. E., & Wollin, J. A. (2017). Loneliness in Old Age: Interventions to Curb Loneliness in Long-Term Care Facilities. *Activities, Adaptation & Aging*, 2, 1-50. doi: 10.1080/01924788.2017.1326766
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K., & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of life Research*, 3, 235-244.
- Bulla, L. C. & Kaefer, C.O. (2003). Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Textos & Contextos*, 3, 1-8.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Cantor, N., Michel, W., & Schwartz, J. C. (1982). A prototype analyses of psychological situations. *Cognitive Psychology*, 14, 45-77. doi: 0010-0285/82/010045-33\$05.00/0
- Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção. Protecção contra o "risco de velhice": que risco?". *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 337-348.
- Cardoso, S., Santos, M. H., Baptista, M. I., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). *Análise Social*, 204, 606-630.
- Carvalho, M. I. L. B. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 12, 77-96.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Cavalcante, S. & Elali, G. (2011). *Temas básicos em Psicologia Ambiental*. Petrópolis: Vozes.
- Celich, K. L. S., Creutzberg, M., Goldim, J. R., & Gomes, I. (2010). Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista de Enfermagem*, 14, 226-232.
- Chadwick, A. (2012). A dignified approach to improving the patient experience: Promoting privacy, dignity and respect through collaborative training. *Nurse Education in Practice*, 12, 187-191.
- Chasteen, A. L., Schwarz, N., & Park, D. C. (2002). The activation of aging stereotypes in younger and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 540-547.
- Clemente, D., Frazão, A., & Mónico, L. (2012). Bem-estar subjectivo em idosos institucionalizados e não institucionalizados. In P. Ricardo, P., E. Santos, A.J Ferreira, P. Gaspar, A. Ramalho, D. Soeiro, & S. Silva (Coord.), *Envelhecer em tempos de crise: Respostas Sociais (pp.39-50)*. Porto: Legis Editora.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. New York: Oxford University.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long term care: Some crucial distinctions. *The Gerontologist*, 28, 10-18.
- Costa, F. G., & Campos, P. H. F. (2009). Representação social da velhice, exclusão e práticas institucionais. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1, 100-113.

- Costa, F., Nakata, P., & Morais, E. (2015). Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. *Revista de Enfermagem*, 24, 1-8. doi: 10.1590/0104-07072015002730014
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12, 5-15.
- Cristoforetti, A., Gennai, F., & Rodeschini, G. (2011). Home sweet home: The emotional construction of places. *Journal of Aging studies*, 25, 225-232.
- Cummings, E. S., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., Reid, S., & Waters, L. (1997). An Initial Evaluation of the Comprehensive Quality of Life Scale Intellectual Disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44, 7-19. doi: 10.1080/0156655970440102
- Custers, A. F., Westerhof, G. J., Kuin, Y., Gerritsen, D. L., & Riksen-Walraven, J. M. (2012). Relatedness, autonomy, and competence in the caring relationship: The perspective of nursing home residents. *Journal of Aging Studies*, 26, 319-326. doi: 10.1016/j.jaging.2012.02.005
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33, 291-301. doi: 10.14417/ap.972
- Darnaud, T., Sirvain, S., Igier, V., & Taiton, M. (2013). A study of hidden sexuality in elderly people living in institutions. *Sexologies*, 22, 93-e99.
- De Veer, A. J., & Kerkstra, A. (2001). Feeling at home in nursing homes. *Journal of advanced nursing*, 35, 427-434.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. (2008). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: a review and synthesis. *Journal of sex research*, 49, 125-141.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K., & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42, 691-706. doi: 10.1002/pits.20120
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, J.M Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp.325-337). Guilford: New York.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. doi: 10.1016/S1566-3124(03)15003-1
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2014). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27, 491-497. doi:10.1590/1678-7153.201427309
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). Saúde no ciclo de vida: programas e projectos. Retirado de: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx>
- Dubar, C. (1997). *A Socialização: Construção das Entidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Ekelund, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Eklund, K. (2014). Self-determination and older people—A concept analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21, 116-124.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. (2015). Transição e (In) Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31, 435-442.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality Of Life: Concept and Assessment. In J.G. Adair, D. Bélanger, & K.L. Dion (Eds.), *Advances in Psychological Science* (pp. 387-428). UK: Psychology Press.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. & Garcia, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40, 92-102. doi: 10.1016/S0211-139X(05)74834-4
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A. M. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 75-95.

- Fonseca, R., Silva, P. & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5, 81-90.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, 5, 51-61.
- Freire, S. (2008). Um olhar sobre a inclusão. *Revista de Educação*, 16, 5-20.
- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., Scoralick-Lempke, N., Magalhães, N. C., Vaz, A. F. C., Daret, C. N., & Carvalho, M. F. (2013). Tarefas de desenvolvimento e história de vida de idosos: análise da perspectiva de Havighurst. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 809-819.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543. doi: 0882-7974/98/J3.00
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662. doi: 10.1037//0022-3514.82.4.642
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-204.
- Gil, A. P. (2010). *Heróis do Quotidiano: Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Gil, A. P., & Santos, A. J. (2012). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 151-175.
- Gilbert, C. N., & Ricketts, K. G. (2008). Children's attitudes toward older adults and aging: A synthesis of research. *Educational gerontology*, 34, 570-586. doi: 10.1080/03601270801900420
- Giles, L. C., Glonek, G. F., Luszcz, M. A., & Andrews, G. R. (2005). Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 574-579. doi: 10.1136/jech.2004.025429
- Giorgi A. P. & Giorgi B.M. (2003) The descriptive phenomenological psychological method. In P.M Camic, J.E. Rhodes & L. Yardley (Eds). *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design* (pp.243–271). Washington: American Psychological Association.

- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing science quarterly*, 18, 75-82.
- Giorgi, A. (2009). *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Godoy, A. S. (2005). Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 3, 1679-1827.
- Gomes de Castro, T., Abs, D., & Sarriera, J. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de psicologia. *Psicologia Ciência e profissão*, 31, 814-825.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, saúde e doenças*, 7, 137-143.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social science & medicine*, 56, 1617-1628.
- Grácio, L., Chaleta, M., & Rosário, P. (2007). Conceptualizações sobre o aprender ao longo da escolaridade. *Interações*, 6, 197-214.
- Green, J. & Thorogood, N. (2009). *Qualitative Methods for Health Research* (2th ed.). London: Sage.
- Groger, L. (1995). A nursing home can be a home. *Journal of Aging Studies*, 9, 137-153.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1988). Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies? In D.M. Fetterman (Ed.), *Qualitative approaches to evaluation in education: The silent scientific revolution* (pp. 89-115.) London: Praeger.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. D., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308.
- Guedes, J. (2008). Desafios identitários associados ao internamento em lar. *Atas do V Congresso Português de Sociologia* (pp. 2-12). Universidade Nova de Lisboa.
- Guerreiro, M., & Caetano, A. (2011). Pessoas sós em Portugal: evolução e perfis sociais. In A. Delgado, & K. Wall (Eds.), *Diversidade e Mudança*. (pp. 125-155). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Guidry, E. T., & Cukrowicz, K. C. (2016). Death ideation in older adults: Psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*, 20, 823–830.

- Hajjar, R. R., & Kamel, H. K. (2004). Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of the American Medical Directors Association, 5*, 43-S47.
- Hammarström, G., & Torres, S. (2010). Being, feeling and acting: A qualitative study of Swedish home-help care recipients' understandings of dependence and independence. *Journal of Aging Studies, 24*, 75-87. doi: 10.1016/j.jaging.2008.10.002
- Havens, B. J. (1968). An investigation of activity patterns and adjustment in an aging population. *Gerontologist, 8*, 201-206.
- Havighurst, R. J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Nova York: Longmans.
- Hernandez, C. R., & Gonzalez, M. Z. (2008). Effects of intergenerational interaction on aging. *Educational Gerontology, 34*, 292-305. doi: 10.1080/03601270701883908
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology, 52*, 1-30.
- Hillcoat-Nallétamby, S. (2014). The meaning of "independence" for older people in different residential settings. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 419–430.
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of gerontology and geriatrics, 35*, 261-274. doi: S0167-4943(02)00049-3
- Howell, D. M., & Cleary, K. K. (2007). Rural seniors' perceptions of quality of life. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 25*, 55-71. doi:10.1300/J148v25n04_04
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research, 15*, 1277-1288.
- Instituto da Segurança Social. (2015). Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Retirado de: http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- Instituto da Segurança Social. (n.d). Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Retirado de: www.seg-social.pt/documents/10152/14714/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7

- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Retirado de: em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2017a). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009098&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2017b). *Valor mínimo mensal das pensões da Caixa Geral de Aposentações: pensões de aposentação, reforma, invalidez e sobrevivência*. Retirado de: <http://www.pordata.pt/Portugal/Valor+mínimo+mensal+das+pensões+da+Caixa+Geral+de+Aposentações+pensões+de+aposentação++reforma++invalidez+e+sobrevivência-2128>
- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjectiva. *Estudos de psicologia, 3*, 297-304.
- Jaswal, N., & Singh, S. (2014). Perceived Social Support Among Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly in Chandigarh (India). *Indian Journal of Gerontology, 28*, 372-384.
- Kane, R. A. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist, 43*, 28-36.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B. & Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58*, 240-248.
- Kasser, V. G., & Ryan, R. M. (1999). The Relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology, 29*, 935-954.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*, 121-140.
- Keyes, C.L.M. & Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being'. In S.J. Lopez, & C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.

- Kowarick, L. (2003). Sobre a vulnerabilidade socioeconómica e civil. Estados Unidos, França e Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18, 71-85.
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 321-326.
- Levy, B., & Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China among the American deaf. *Journal of personality and social psychology*, 66, 989-997. doi: 10.1037/0022-3514.66.6.989
- Lima, G. A. (2007). Categorização como um processo cognitivo. *Ciências & cognição*, 11, 156-167.
- Lima, J. & Pacheco, J. (2006). *Fazer investigação – Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Portugal: Porto Editora.
- Lima, M. L., & Novo, R. N. (2006). So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5, 5-33. doi: 10.1386/pjss.5.1.5/1
- Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. New York: Harcourt Brace.
- Ludeman, K. (1981). The sexuality of the older person: Review of the literature. *The gerontologist*, 21, 203-208.
- Machado, H. V. (2003). A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 51-73.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 4, 587-595.
- Magalhães, C. P., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista transdisciplinar de Gerontologia*, 2, 7-16.
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: a systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 52, 1891-1905.
- Makimoto, K., Kang, H. S., Yamakawa, M., & Konno, R. (2014). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *International journal of nursing practice*, 21, 80-90.
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 75-84. doi: 10.12707/RIII1314

- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marquez, D. X., Bustamante, E. E., Blissmer, B. J., & Prohaska, T. R. (2009). Health promotion for successful aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3, 12-19. doi: 10.1177/1559827608325200.
- Martínez, J. L. (2005). Entrenamiento En Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo Y Evaluación de la Eficacia De Un Programa (Tese de Doutoramento). Retirado de: <http://eprints.ucm.es/7203/>.
- Martins, R. & Santos, A. (2008). Ser idoso hoje. *Revista Millenium*, 35, 1-8.
- Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 2, 128-134.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching* (2ed). London: Sage Publications.
- Mazza, J. (2004). Inclusão social, mercados de trabalho e capital humano na América Latina. In Buvinic, M.; Mazza, J., & Deutsch, R. (Eds.), *Inclusão social e desenvolvimento econômico* (pp. 183-206). Rio de Janeiro: Elsevier.
- McAuliffe, L., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 69-75.
- McKee, K. J., Kostela, J., & Dahlberg, L. (2015). Five years from now: Correlates of older people's expectation of future quality of life. *Research on aging*, 37, 18-40. doi: 10.1177/0164027513520329
- Morse, J.M., Barret, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, 13-22.
- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21, 18-26.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14, 17-34.
- Neto, M. & Corte-Real, J. (2013). The Elder institutionalized: Depression and social support. *Journal of Aging & Innovation*, 2, 26-41.
- Nogueira, A. & Azeredo, Z. (2017) What is lacking for the elderly in today's society?. *Journal of Aging & Innovation*, 6, 41-50.
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Analysis*, 12, 69–81. doi: 1065-3058/04/0600-0069/1

- Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 2, 183-203.
- Olshansky, S. J., Carnes, B. A., & Désesquelles, A. (2001). Prospects for human longevity. *Science Compass*, 23, 1491-1492. doi: 10.1126/science.291.5508.1491
- Palácios, J. (2004). Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice. In C. Coll, A.E. Marchesi, & J. Palacios, J. (Eds.), *Desenvolvimento Psicológico e Educação (372-388)*. Porto Alegre: Artmed Ed.
- Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Cachón-Pérez, J. M., Gómez-Pérez, D., Gómez-Calero, C., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2013a). Is the mealtime experience in nursing homes understood? A qualitative study. *Geriatrics & gerontology international*, 13, 482-489. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00925.x
- Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Gómez-Calero, C., Cachón-Pérez, J. M., Brea-Rivero, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2013b). A qualitative study of the relationships between residents and nursing homes nurses. *Journal of clinical nursing*, 23, 550-559. doi: 10.1111/jocn.12202
- Papastavrou, E. (2012). Respecting Human Dignity through Individualized Care. *Nursing & Care*, 1, 777-798. doi: 10.4172/2167-1168.1000e104
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Peate, I. (2004). Sexuality and sexual health promotion for the older person. *British journal of nursing*, 13, 188-193.
- Perry, J., & Felce, D. (2005). Correlation between subjective and objective measures of outcomes in staffed community housing. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 278-287.
- Petronio, S., & Kovach, S. (1997). Managing privacy boundaries: Health providers' perceptions of resident care in Scottish nursing homes. *Journal of Applied Communication Research*, 25, 115-131.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. *Textos & Contextos*, 9, 252-263.
- Pochintesta, P. (2016) The transition to widowhood in aging. A study of cases in Argentina. *Journal of Aging & Innovation*, 5, 4 -19.

- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4, 156-175.
- Ribeiro, J. L.P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ªedição). Porto: Livpsic.
- Riedl, M., Mantovan, F., & Them, C. (2013). Being a nursing home resident: A challenge to one's identity. *Nursing research and practice*, 9, 1-10.
- Roberts, T., & Bowers, B. (2015). How nursing home residents develop relationships with peers and staff: A grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 52, 57-67. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.008
- Rodrigues, A. G., & da Silva, A. A. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 159-170.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Revision Psychology*, 52, 141–66. doi: 0066-4308/01/0201-0141\$14.00
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest for successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55. doi: 10.1177/016502548901200102
- Santerre, R. (1995), “L'«in-signifiance» anthropologique de la retraite comme marqueur de la vieillesse”. In A.M. Guillemard., & P. Ansart (Eds.). *Entre travail, retraite et vieillesse* (pp. 73-83). Paris: Editions L'Harmattan.
- Santos, C. (2005). A construção social do conceito de identidade profissional. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 5, 123-144.
- Santos, G. D., & Ribeiro, S. M. L. (2011). Aspetos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 319-328.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2010). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48, 203-216.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2010). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In R.L. Shaclock, & R.

- Kober (Eds.), *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities* (pp. 17-32). USA: Springer Netherlands.
- Schilling, J. (2006). On the pragmatics of qualitative assessment: Designing the process for content analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 28-37. doi:10.1027/1015-5759.22.1.28
- Schuiz, J. (2001). *The economics of aging* (7ed). London: Greenwood Publishing Group.
- Seidamn, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* (3ed). New York: Teachers College Press.
- Şener, A., Oztop, H., Doğan, N., & Guven, S. (2008). Family, close relatives, friends: Life satisfaction among older people. *Educational Gerontology*, 34, 890-906. doi: 10.1080/03601270802129193
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sheppard, M. (2006). *Social work and social exclusion: the idea of practice*. Aldershot: Ashgate.
- Sherman, A. M., Vries, B., & Lansford, J. E. (2000). Friendship in childhood and adulthood: Lessons across the life span. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51, 31-51.
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2010). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations*, 14, 182-190.
- Siegrist, J., Knesebeck, O., & Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration. *Social Theory & Health*, 2, 1-17. doi:10.1057/palgrave.sth.8700014
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., de Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista de Gerontologia*, 15, 119-140..
- Silver, H. (2004). Políticas dos países europeus para promover a inclusão social. In Buvinic, M.; Mazza, J., & Deutsch, R. (Eds.), *Inclusão social e desenvolvimento econômico* (pp. 137-179). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 9-121.

- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24, 201-209.
- Siu, O. L., & Phillips, D. R. (2002). A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 55, 299-319.
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Editorial Presença.
- Smirnova, T. V. (2010). Older people: stereotypical image and social distance. *Russian Social Science Review*, 51, 67-77.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-371.
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 48, 732-750. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014
- Stake, R.E (2010). *Qualitativa research: studyinh how things work*. Ney York: The Guilford Press.
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7, 1-12.
- Sternberg, R. J. (2003). *Wisdom, intelligence, and creativity synthesized*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10, 1403-1409. doi: 0277-9536(95)00112
- Torres, T. L., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2016). Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 209-218. doi: 10.1590/0102-37722016012114209218.
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2015). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing ethics*, 23, 22-35. doi: 10.1177/0969733014557119
- Turner, J. C., Sachdev, I., & Hogg, M. A. (1983). Social categorization, interpersonal attraction and group formation. *British Journal of Social Psychology*, 22, 227-239. doi: 0144-6665/83/030227-1

- Umphrey, D., & Robinson, T. (2007). Negative stereotypes underlying other-person perceptions of the elderly. *Educational Gerontology, 33*, 309-326. doi: 10.1080/03601270701198885
- Vala, J. & Monteiro, M. B. (2013). *Psicologia Social*. (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. A. (2003). Análise de Conteúdo. In A.S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Veiga, F., García, F., Neto, F., & Almeida, L. (2009). The differentiation and promotion of students' rights in Portugal. *School Psychology International, 30*, 421-436.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research, 49*, 707-717. doi: 10.1007/978-90-481-9650-0_2
- Viegas, S.M., & Gomes, C.A. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Wall, K., Cunha, V., & Ramos, V. (2011). A evolução das estruturas domésticas em Portugal. In A. Delgado, & K. Wall (Eds.), *Diversidade e Mudança* (pp. 43-65). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Wasow, M., & Loeb, M. B. (1979). Sexuality in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 27*, 73-79.
- Waterman, A. S. (1982). Identity development from adolescence to adulthood: An extension of theory and a review of research. *Developmental psychology, 18*, 341-358. doi: 0012-1649/82/1803-0341 J00.75
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 10-70.
- Weiss, D., Job, V., Mathias, M., Grah, S., & Freund, A. M. (2016). The end is (not) near: Aging, essentialism, and future time perspective. *Developmental psychology, 52*, 996. doi: 10.1037/dev0000115
- Welford, C., Murphy, K., Wallace, M., & Casey, D. (2010). A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *Journal of clinical nursing, 19*, 1226-1235.
- Wikström, E., & Emilsson, U. M. (2014). Autonomy and control in everyday life in care of older people in nursing homes. *Journal of Housing for the Elderly, 28*, 41-62. doi: 10.1080/02763893.2013.858092
- Witter, G. P. (2006). Tarefas de desenvolvimento do adulto idoso. *Estudos de Psicologia, 23*, 13-18.

Zettel, L. A., & Rook, K. S. (2004). Substitution and compensation in the social networks of older widowed women. *Psychology and aging*, 19, 433-443. doi: 10.1037/0882-7974.19.3.433

Documentação Legal

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000). União Europeia: Representação da Comissão Europeia em Portugal.

Constituição da República Portuguesa – Sétima Revisão Constitucional (2005). Lisboa: Assembleia da República – Divisão de Edições.

Departamento de Informação Pública da ONU (2002). Comunicado de imprensa do SOC/4619.

Portaria n.º 67/2012. Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas. Direitos dos Idosos - Princípios das Nações Unidas para o Idoso.

Resolução da Assembleia da República nº 64-A/2001. Carta Social Europeia Revista. DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A

Resolução do Conselho de Ministro nº63/2015. Secretaria Geral do Ministério da Justiça, Portugal.

Anexos

Anexo 1. Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Grácio, L. & Bugalho, A. (2017)

1. Depois de estar reformado/a e antes de vir para o/a lar/instituição, como é que era a sua vida?
2. O que é que gostava mais na sua vida antes de vir para cá?
3. Quais os motivos principais que o/a levaram a vir par o/a lar/instituição?
4. Quando soube que vinha para o/a lar/instituição, o que é que pensou e sentiu?
5. Antes de entrar no/na lar/instituição que é que achava que ia ganhar e perder?
6. Agora que já está no/na lar/instituição há algum tempo, o que é que acha que ganhou de e perdeu realmente?
7. Há alguma coisa de que sinta falta aqui no/na lar/instituição?
 - 7.1 Do que é que sente mais falta?
8. Quando veio para o/a lar/instituição, foi possível trazer algumas coisas importantes para si da sua casa?
 - 8.1 O quê?
 - 8.2 Houve limites ao que podia trazer?
9. Desde que está aqui no/na lar/instituição, esteve sempre no mesmo quarto? Porquê?
10. Que hábitos ou rotinas eram mais importantes para si antes de vir para o/a lar/instituição? Porquê?
 - 10.1 Conseguir mantê-los? Porquê?
11. Gostava de ter tarefas aqui no/na lar/instituição parecidas às que fazia em casa?
12. Ainda mantem a sua casa?
 - 12.1 Com que frequência costuma ir lá?
 - 12.2 É/era importante para si poder ir à sua casa? Porquê?
13. Aqui no/na lar/instituição é possível passar tempo sozinho/a quando deseja? Onde?
14. Pode deitar-se quando quer durante o dia?
15. Pode deitar-se e levantar-se às horas que quer?
16. Tem um espaço seu para guardar as suas coisas?
 - 16.1 Tem uma chave desse espaço?
 - 16.2 Gostava de ter um espaço que tivesse uma chave?
17. Pode tomar banho quando quer?
18. Pode tomar banho sozinho/a?

- 18.1 Sente-se à vontade por serem outros a dar-lhe banho?
19. É o/a senhor/senhora que decide que roupa veste?
- 19.1. Se não, gostaria de decidir?
20. Se alguém aqui no/na lar/instituição quiser namorar, como acha que as pessoas iriam reagir?
21. Como é que acha que os adultos veem os idosos?
22. O que é para si esta fase da sua vida?
23. Que direitos acha que as pessoas idosas devem ter? Porquê?
24. E aqui no/na lar/instituição, os idosos têm esses direitos? Porquê?
25. O que é que o/a senhor/senhora pode escolher/decidir aqui no/na lar/instituição?
26. O que é que pode decidir sobre a sua vida?
27. Há atividades aqui no dia-a-dia do/da lar/instituição em que participa? Pode escolher em quais?
28. Se quiser fazer uma queixa sobre alguma coisa do/da lar/instituição, pode fazê-lo?
- 28.1. O que acha que aconteceria se fizesse uma queixa?
29. Sente que aqui no lar/instituição é livre para fazer o que quiser?
- 29.1 Tem liberdade para fazer o quê?
30. Acha que pode expressar livremente as suas opiniões e ideias?
31. Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades pessoais?
32. Quem é que gere o seu dinheiro?
- 32.1 Gostava de ser o/a senhor/a a fazê-lo?
33. Se quiser sair do/da lar/instituição para fazer alguma atividade pode fazê-lo quando quiser?
34. Quando tem algum problema há alguém a quem possa pedir ajuda? Quem? Porquê?
35. Quando tem algum problema há alguém que possa ser seu confidente? Quem? Porquê?
36. Tem amigos aqui no/na lar/instituição? E fora do/da lar/instituição?
37. Aqui no/na lar/instituição, com o que é que se sente mais satisfeito/a? Porquê?
38. Qual é o momento do dia que gosta mais aqui no/na lar/instituição?
39. Aqui no/na lar/instituição, com o que é que se sente menos satisfeito/a? Porquê?
40. O que é que mais o/a preocupa neste momento? Porquê?
41. Como avalia o seu grau de felicidade? Muito feliz, Feliz, Nem feliz nem infeliz, Infeliz ou Muito Infeliz? Porquê?

42. Imagine que não existiam problemas de dinheiro e que qualquer pessoa podia escolher o/a lar/instituição para onde queria ir... na sua opinião como é que seria o/a lar/instituição ideal?
43. Acha que é respeitado/a aqui no/na lar/instituição?
- a) Pelos Profissionais
 - b) Pelos auxiliares
 - c) Pelos outros utentes
44. Alguma vez não se sentiu bem tratado/a aqui no/na lar/instituição?
45. Que relação tem com os outros utentes do/da lar/instituição?
- 45.1 Como gostaria que fosse? Porquê?
46. Como acha que é a relação entre utentes?
47. Que relação mantém com os profissionais do/da lar/instituição?
- 47.1 Como gostaria que fosse? Porquê?

Anexo 2. Temáticas e questões de investigação

Temáticas e questões de investigação

Grácio, L. & Bugalho, A. (2017)

| Temas | Questões |
|--|---|
| Representação do idoso | 21.Como é que acha que os adultos veem os idosos? 22.O que é para si esta fase da sua vida? |
| Vivência Anterior | 1.Depois de estar reformado/a e antes de vir para o/a lar/instituição, como é que era a sua vida? 2.O que é que gostava mais na sua vida antes de vir para cá? |
| Motivos e expectativas face à institucionalização | 3.Quais os motivos principais que o/a levaram a vir para o/a lar/instituição? 4.Quando soube que vinha para o/a lar/instituição, o que é que pensou e sentiu? 5.Antes de entrar no/na lar/instituição que é que achava que ia ganhar e perder? |
| Direitos | 23. Que direitos acha que as pessoas idosas devem ter? Porquê? 24. E aqui no/na lar/instituição, os idosos têm esses direitos? Porquê? 25. O que é que o/a senhor/senhora pode escolher/decidir aqui no/na lar/instituição? 26. O que é que pode decidir sobre a sua vida? 14. Pode deitar-se quando quer durante o dia? 15. Pode deitar-se e levantar-se às horas que quer? 27. Há atividades aqui no dia-a-dia do/da lar/instituição em que participa? Pode escolher em quais? 28. Se quiser fazer uma queixa sobre alguma coisa do/da lar/instituição, pode fazê-lo? 28.1. O que acha que aconteceria se fizesse uma queixa? 29. Sente que aqui no/na lar/instituição é livre para fazer o que quiser? 29.1 Tem liberdade para fazer o quê? 30. Acha que pode expressar livremente as suas opiniões e ideias? 33. Se quiser sair do/da lar/instituição para fazer alguma atividade pode fazê-lo quando quiser? |
| Privacidade e Intimidade | 13. Aqui no/na lar/instituição é possível passar tempo sozinho/a quando deseja? Onde? 16. Tem um espaço seu para guardar as suas coisas? 16.1 Tem uma chave desse espaço? 16.2 Gostava de ter um espaço que tivesse uma chave? 17. Pode tomar banho quando quer? 18. Pode tomar banho sozinho/a? 18.1 Sente-se à vontade por serem outros a dar-lhe banho? 20. Se alguém aqui no/na lar/instituição quiser namorar, como acha que as pessoas iriam reagir? |
| Identidade Pessoal e Social | 8. Quando veio para o/a lar/instituição, foi possível trazer algumas coisas importantes para si da sua casa? 8.1 O quê? 8.2 Houve limites ao que podia trazer? 9. Desde que está aqui no/na lar/instituição, esteve sempre no mesmo quarto? Porquê? 10. Que hábitos ou rotinas eram mais importantes para si antes de vir para o/a lar/instituição? Porquê? 10.1 Consegue mantê-los? Porquê? |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>11. Gostava de ter tarefas aqui no/na lar/instituição parecidas às que fazia em casa?</p> <p>12. Ainda mantém a sua casa?</p> <p>12.1 Com que frequência costuma ir lá?</p> <p>12.2 É/era importante para si poder ir à sua casa? Porquê?</p> <p>19. É o/a senhor/senhora que decide que roupa veste?</p> <p>19.1 Se não, gostaria de decidir?</p> |
| Relacionamento Interpessoal | <p>43. Acha que é respeitado/a aqui no/na lar/instituição?</p> <p>a) Pelos Profissionais</p> <p>b) Pelos auxiliares</p> <p>c) Pelos outros utentes</p> <p>44. Alguma vez não se sentiu bem tratado/a aqui no/na lar/instituição?</p> <p>45. Que relação tem com os outros utentes do/da lar/instituição?</p> <p>45.1. Como gostaria que fosse? Porquê?</p> <p>46. Como acha que é a relação entre utentes?</p> <p>47. Que relação mantém com os profissionais do/da lar/instituição?</p> <p>47.1. Como gostaria que fosse? Porquê?</p> |
| Suporte Social Percebido | <p>34. Quando tem algum problema há alguém a quem possa pedir ajuda? Quem? Porquê?</p> <p>35. Quando tem algum problema há alguém que possa ser seu confidente? Quem? Porquê?</p> <p>36. Tem amigos aqui no/na lar/instituição? E fora do/da lar/instituição?</p> |
| Bem-estar Material | <p>31. Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades pessoais?</p> <p>32. Quem é que gere o seu dinheiro?</p> <p>32.1. Gostava de ser o/a senhor/a a fazê-lo?</p> |
| Bem-estar Subjetivo | <p>37. Aqui no/na lar/instituição, com o que é que se sente mais satisfeito/a? Porquê?</p> <p>38. Qual é o momento do dia que gosta mais aqui no/na lar/instituição?</p> <p>39. Aqui no/na lar/instituição, com o que é que se sente menos satisfeito/a? Porquê?</p> <p>40. O que é que mais o/a preocupa neste momento? Porquê?</p> <p>41. Como avalia o seu grau de felicidade? Muito feliz, Feliz, Nem feliz nem infeliz, Infeliz ou Muito Infeliz? Porquê?</p> |
| Necessidades e Idealização | <p>6. Agora que já está no lar/na instituição há algum tempo, o que é que acha que ganhou e perdeu realmente?</p> <p>7. Há alguma coisa de que sinta falta aqui no/na lar/instituição?</p> <p>7.1 Do que é que sente mais falta?</p> <p>42. Imagine que não existiam problemas de dinheiro e que qualquer pessoa podia escolher o/a lar/instituição para onde queria ir... na sua opinião como é que seria o/a lar/instituição ideal?</p> |

Anexo 3. Pedido de Autorização do estudo



Excelentíssimo/a Senhor/a (...)

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade de Évora, subordinada à temática do envelhecimento em Portugal e orientada pela Sr.^a Professora Doutora Luísa Grácio, venho por este meio solicitar a autorização de V. Ex^a. para a realização de entrevistas a alguns dos utentes (...) para a concretização de um estudo relacionado com os processos de adaptação no envelhecimento. Todos os dados recolhidos serão utilizados para fins académicos, sendo garantida a total confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Aguardamos a resposta de V. Ex^a, agradecendo desde já a sua melhor colaboração.

Solicitamos resposta para os contactos abaixo indicados.

Com os melhores cumprimentos,

Évora, 17 de Janeiro de 2017

A Orientadora

Professora Doutora Luísa Grácio

(mlg@uevora.pt)

A Mestranda

Adriana Bugalho

(bugalhoadriana@gmail.com)

Anexo 4. Consentimento Informado



Universidade de Évora - Escola Ciências Sociais
Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia da Educação

Consentimento Informado

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade de Évora, subordinada à temática do envelhecimento em Portugal e orientada pela Sr.^a Professora Doutora Luísa Grácio, venho por este meio solicitar a sua participação, através de uma entrevista, para a concretização de um estudo relacionado com os processos de adaptação no envelhecimento. Todos os dados recolhidos serão utilizados para fins académicos, sendo garantida a total confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

A sua participação é **inteiramente voluntária**, podendo desistir a qualquer momento.



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Termo de consentimento informado para a participação no estudo

Eu _____

declaro ter sido informado/a e compreendido os objetivos e procedimentos do estudo de dissertação de mestrado de Adriana Bugalho, autorizando que seja realizada de forma áudio-gravada a entrevista acima referida para fins de investigação.

Assinatura:

Data:

____/____/____

Anexo 5. Questionário Sociodemográfico



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Universidade de Évora - Escola Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia da Educação

Questionário Sociodemográfico

1. Dados de Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: Feminino___ Masculino___

Estado Civil: _____

Naturalidade: _____

2. Aspetos Socioculturais e Económicos

Habilitações Literárias: _____

Profissão anterior: _____

Rendimentos: _____

3. Aspetos de Institucionalização

Tempo de institucionalização: _____

Quem tomou a decisão sobre a institucionalização: _____

Entrou para o lar com o cônjuge: Sim___ Não___

Quando veio para o lar havia pessoas aqui que já conhecia: Sim___ Não___

Esteve noutro lar antes: Sim___ Não___ Qual: _____

Motivo da mudança: _____

Esteve em centro de dia: Sim___ Não___ Qual: _____

Quem é que o/a visita aqui no lar? _____

Com que periodicidade: _____

4. Situação Habitacional e Contexto Familiar

Onde vivia antes e com quem: _____

Tempo de falecimento do cônjuge: _____

Manutenção da residência anterior: Sim___ Não___

Tem filhos: Sim___ Não___

Que profissão têm os filhos/as: _____

Onde residem os filhos/as: _____

Tem outros familiares: _____

Anexo 6. Grelha de Análise Temática e Categórica: critérios e unidades de registo

Grelha de Análise Temática e Categórica: critérios e unidades de registo

TEMA I. Representação do idoso

Dimensão I.I.: Perceção dos outros sobre os idosos

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|--|--|
| 1. Respeito Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem a existência e inexistência de um sentimento de respeito pelos idosos. | 1.1 Existência Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a existência de respeito para com os idosos. | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| | 1.2 Inexistência Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a inexistência de respeito para com os idosos. | |
| 2. Valor Nesta categoria foram classificadas as verbalizações que referem a velhice como uma fase da vida que possui ou não valor. | 2.1. Existência Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem os idosos como tendo valor. | |
| | 2.2. Inexistência Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem os idosos como não tendo valor. | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>3. Afetos</p> <p>Nesta categoria foram classificadas as verbalizações que evidenciam sentimentos relativamente aos idosos, nomeadamente de indiferença e pena.</p> | <p>3.1. Indiferença</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma visão onde os idosos são olhados com indiferença e desprezo.</p> <p>3.2. Pena</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem o sentimento de pena.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>4. Vulnerabilidade</p> <p>Nesta categoria foram classificadas as verbalizações que indicam a ideia de que os idosos se encontram numa situação vulnerável, necessitando de cuidados.</p> | | |
| <p>5. Dependente da pessoa</p> <p>Nesta categoria foram classificadas as verbalizações que indicam a ideia de que a educação e a especificidade da pessoa ou da sua maneira de pensar determinam a forma como esta vê a velhice.</p> | | |
| <p>6. Visão geral não especificada</p> <p>Nesta categoria foram classificadas as verbalizações onde os idosos indicam que os adultos não têm conhecimento sobre o que é a velhice porque ainda não a vivenciaram.</p> | <p>6.1. Positiva</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas todas as verbalizações que indicavam que a velhice é vista de forma positiva, assemelhando-se a qualquer outra etapa do ciclo de vida.</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>6.2. Negativa</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que referiam a velhice como algo negativo, associada a sentimentos de desrespeito e do idoso como alguém inútil.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>7. Desconhecimento</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que remetiam para uma ausência de percepção dos outros sobre a velhice.</p> | | |

Dimensão I.II: Auto percepção desta fase de vida

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|--|---|
| <p>1. Preocupação</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam a velhice como um acontecimento preocupante a determinados níveis.</p> | <p>1.1. Ausência de saúde</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que evidenciam a velhice como uma fase do ciclo de vida em que há ausência de saúde.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Perda de funcionalidade</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que evidenciam preocupações claras com a perda de funcionalidade.</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>2. Emoções negativas</p> | <p>2.1. Medo de sofrer</p> <p>Nesta categoria foram classificadas as verbalizações que evidenciam o medo do sofrimento.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2.2 Tristeza</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que evidenciam sentimentos de tristeza associados à vivência da velhice.</p> | | |
| <p>2.3 Aborrecimento</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que sugerem esta fase da vida como aborrecida, onde o sujeito não tem nada importante para si com que se possa ocupar.</p> | | |
| <p>3. Conformismo</p> <p>As verbalizações classificadas nesta categoria expressam uma ideia de aceitação conformada desta fase do ciclo de vida, bem como uma ideia de inevitabilidade, de um caminho para o qual não existe saída.</p> | | |
| <p>4. Preâmbulo da Morte</p> <p>As verbalizações classificadas nesta categoria expressam a ideia de que a velhice é a última fase antes da morte e que tem de ser aceite como tal.</p> | | |

TEMA II. Vivência Anterior

DIMENSÃO II.I: Vida anterior à entrada no lar

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|---|---|
| <p>1. Atividades</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam as atividades consideradas como relevantes pelos sujeitos na sua vida.</p> | <p>1.1. Trabalho/emprego</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que dizem respeito ao trabalho e à sua importância enquanto elemento organizador da vida.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Atividades da vida diária</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que dizem respeito às atividades consideradas normais e habituais na vida quotidiana.</p> | |
| <p>2. Relações sociais</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a importância das relações sociais.</p> | | |
| <p>3. Relações familiares</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a importância das relações familiares.</p> | <p>3.1 Casamento</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que referem o casamento como um aspeto relevante na vida dos sujeitos.</p> | |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>3.2 Cuidado dos netos</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que referem o cuidado dos netos como um aspeto relevante na vida dos sujeitos.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>3.3 Solidão</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que indicam a solidão como um elemento importante na vida dos sujeitos.</p> | |
| <p>4. Ausência de bem-estar físico</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria dizem respeito à ausência de bem-estar físico.</p> | <p>4.1 Falta de rotinas alimentares</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que indicam a falta de rotinas alimentares como um aspeto presente na vida do sujeito.</p> | |
| | <p>4.2. Saúde</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que referem aspetos relacionados com a saúde.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>5. Ausência de bem-estar material</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria dizem respeito à ausência de bem-estar material, enquanto gestão do dinheiro.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|--|--|---|

Dimensão II.II: Aspetos mais gratificantes da vida

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|--|---|
| <p>1. Vida em geral</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a gratificação com a vida de uma forma geral.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Casa</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a importância da casa.</p> | | |
| <p>3. Atividades</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam as atividades consideradas como mais gratificantes pelos sujeitos na sua vida.</p> | <p>3.1. Trabalho/Emprego</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que dizem respeito ao trabalho e à sua importância enquanto elemento significativo da vida.</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>3.2. Atividades da vida diária</p> <p>Encontram-se classificadas nesta subcategoria as verbalizações que dizem respeito às atividades significativas na vida quotidiana.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>4. Existência de Saúde</p> <p>Encontram-se classificadas nesta categoria as verbalizações que referem aspetos relacionados com a existência de saúde.</p> | | |
| <p>5. Relações Sociais</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a importância das relações sociais.</p> | | |
| <p>6. Relações Familiares</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a importância das relações familiares.</p> | | |
| <p>7. Autonomia</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a autonomia como importante na vida anterior à institucionalização.</p> | | |

TEMA III. Motivos e expectativas face à institucionalização

Dimensão III.I.: Motivos da entrada para a instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|---------------------------|---|
| <p>1. Ausência de Saúde</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam uma ideia de ausência de saúde, quer do próprio sujeito quer do seu cônjuge como motivo da entrada para a instituição</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Viuvez</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria dizem respeito à morte do cônjuge como um dos motivos para a entrada na instituição.</p> | | |
| <p>3. Ausência de Suporte</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de ausência de alguém que permitisse aos idosos continuarem nas suas casas.</p> | | |
| <p>4. Idade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam o “peso” da idade como um dos motivos para a entrada na instituição.</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>5. Insegurança</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam um sentimento de insegurança como um dos motivos para a entrada na instituição.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>6. Relações Familiares</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria relacionam-se com as dinâmicas da relação familiar.</p> | <p>6.1. Não sobrecarregar os filhos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria expressam uma ideia de não sobrecarregar os filhos e de não-dependência destes.</p> | |
| | <p>6.2. Mau trato dos filhos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam uma relação conflituosa e/ou de maus tratos com os filhos.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>7. Decisão do Próprio</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam que foi o próprio idosos quem tomou a decisão de escolher esta resposta institucional.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>8. Decisão dos filhos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam que foram os filhos quem tomou a decisão de escolher esta resposta institucional.</p> | | |
| <p>9. Vaga na instituição</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a existência da ocupação de um lugar disponível na instituição.</p> | | |

Dimensão III.II.: Expectativas de ganhos face à entrada na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|---|---|
| <p>1. Cuidados</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam como ganho a prestação de cuidados.</p> | <p>1.1. Básicos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria expressam a ideia da prestação de cuidados básicos do dia-a-dia.</p> <p>1.2 Médicos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria expressam a ideia da prestação de cuidados médicos.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Segurança</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia de um ganho relacionado com a segurança, com o sossego e o descanso.</p> | | |
| <p>3. Companhia</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia de um ganho relacionado com a presença de outros com quem possam relacionar-se.</p> | | |
| <p>4. Despreocupação financeira</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia de um ganho relacionado com a despreocupação relativamente à gestão do dinheiro.</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>5. Não sobrecarregar os filhos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de não sobrecarregar os filhos e de não-dependência destes.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>6. Bem-estar</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de bem-estar e alegria com a ideia de entrada na instituição.</p> | | |
| <p>7. Inexistência de ganhos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma perspectiva de inexistência de qualquer tipo de ganhos.</p> | | |

Dimensão III.III.: Expectativas de perdas face à entrada na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|---|--|
| 1. Casa As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a perda da casa e um sentimento negativo a ela associado. | | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| 2. Liberdade As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a perda da liberdade e indicam uma ideia de subordinação às regras do espaço institucional. | | |
| 3. Privacidade As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a perda de privacidade. | | |
| 4. Autonomia As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a perda de autonomia em vários aspetos da vida. | 4.1. Dia-a-dia As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a perda de autonomia no dia-a-dia. | |
| | 4.2. Financeira As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a perda de autonomia na gestão do dinheiro. | |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>4.3. Escolhas Alimentares</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a perda da possibilidade de escolher aquilo que lhes apraz comer.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>5. Bem-estar</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de perda de bem-estar e de existência de sofrimento.</p> | | |
| <p>6. Inexistência de perdas</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma perspetiva de inexistência de qualquer tipo de perdas.</p> | | |

TEMA IV. Direitos

SUBTEMA IV.I: Direitos Gerias

Dimensão IV.I.I: Percepção de direitos dos idosos

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|--|---|
| <p>1. Direito ao cuidado</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam como direito a prestação de cuidados.</p> | <p>1.1. Ser bem tratado</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam o direito a ser tratado com dignidade.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Segurança</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam o direito estarem seguros.</p> | |
| | <p>1.3. Individualização</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam o direito à individualização e personalização dos cuidados.</p> | |
| | <p>1.4. Afeto</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam o direito a ter afeto e carinho.</p> | |
| | <p>1.5. Respeito</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam o direito a ser tratado com respeito.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>1.6. Alimentação de qualidade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a uma alimentação de qualidade.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Saúde</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a existência de saúde como um direito, remetendo para ausência de sofrimento.</p> | | |
| <p>3. Reforma</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a pensão de reforma como um direito.</p> | | |
| <p>4. Vida ativa</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a existência de atividades e ocupação como direito.</p> | | |
| <p>5. Liberdade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a liberdade como um direito.</p> | <p>5.1. Liberdade em geral</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à liberdade de uma forma geral.</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>5.2 Liberdade de expressão</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à liberdade de expressão.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>6. Ausência de direitos</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de inexistência de direitos, de uma vida sem valor.</p> | | |

DIMENSÃO IV.I.II.: Direitos na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|--|---|
| <p>1. Existência</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria referem-se à existência dos direitos que consideram dever ter na instituição.</p> | <p>1.1. Em geral</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à existência desses direitos em geral.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Ser bem tratado</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à existência do direito a ser bem tratado.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>1.3. Cuidados de saúde</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à existência do direito aos cuidados de saúde/médicos.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.4Alimentação de qualidade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à existência do direito a uma alimentação de qualidade.</p> | |
| <p>2. Dependente do cuidador</p> | | |
| <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de efetivação desses direitos mediante o cuidador que lhes presta apoio/cuidado.</p> | | |
| <p>3. Inexistência</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de inexistência desses direitos na instituição.</p> | <p>3.1. Em geral</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à inexistência de direitos em geral.</p> | |
| | <p>3.2. Ser bem tratado</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à inexistência do direito a ser bem tratado.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>3.3. Afeto</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à inexistência de afeto.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>3.4. Respeito</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à inexistência de respeito.</p> | | |
| <p>3.5 Alimentação de qualidade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à inexistência de uma alimentação com qualidade.</p> | | |

SUBTEMA IV.II: Poder de decisão

Dimensão IV.II.I: Decisão na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|---------------------------|---|
| <p>1. Inexistência de decisão</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam uma ideia de inexistência de oportunidades de decisão na instituição.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |

Dimensão IV.II.II: Decisão sobre a sua vida

| | | |
|---|---|---|
| <p>1. Existência</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia de existência de oportunidades de decisão na sua vida.</p> | <p>1.1. Em geral</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria expressam a ideia de oportunidades de decisão na sua vida em geral.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Visitar a casa e a família</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam que os idosos podem visitar a casa e a sua família.</p> | |
| | <p>1.3. Realizar atividades no dia-a-dia</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria expressam a ideia de oportunidades de realização de atividades diárias.</p> | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>2. Inexistência</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia de inexistência de oportunidades de decisão na sua vida.</p> | <p>2.1. Conformismo</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria expressam uma ideia de conformismo e de inevitabilidade relativamente à inexistência de oportunidades de decisão.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> | |
| <p>2.2. Devido à idade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a idade como facto que justifica a inexistência de decisão, expressando ainda a ideia da velhice como um período que antecede a morte.</p> | | | |
| | <p>2.3. Saúde</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a ausência de saúde como fator que justifica a inexistência de decisão.</p> | | |
| | <p>2.4. Perda de controlo financeiro</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a perda de controlo financeiro como fator que justifica a inexistência de decisão.</p> | | |
| | <p>2.5. Morte do cônjuge</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a morte do cônjuge como fator que justifica a inexistência de decisão.</p> | | |

SUBTEMA IV.III.: Autonomia Executiva

Dimensão IV.III.I: Implementação da decisão sobre rotinas da instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|---|---|
| <p>1. Possibilidade de ir para o quarto durante o dia</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a possibilidade de implementar a decisão de ir para o quarto durante o dia.</p> | <p>1.1. Pode decidir</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam que os idosos podem decidir de ir para o quarto durante o dia.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Não pode decidir</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam que os idosos não podem decidir de ir para o quarto durante o dia.</p> | |
| | <p>1.3. Apenas por doença</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam que os idosos apenas podem decidir de ir para o quarto por motivos de doença.</p> | |
| <p>2. Decisão sobre as horas de levantar</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a possibilidade de implementar a decisão sobre as horas de levantar.</p> | <p>2.1. Pode decidir</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam que os idosos podem decidir.</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>2.2. Não pode decidir</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam que os idosos não podem decidir.</p> | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| <p>3. Existência de decisão sobre as horas de deitar</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a possibilidade de implementar a decisão sobre as horas de deitar.</p> | | |

Dimensão IV.III.II.: Atividades na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|--|--|
| 1. Participação As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a participação nas atividades da instituição. | 1.1 Existência As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam a existência de atividades que podem escolher na instituição. | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| | 1. 2. Escassas oportunidades de escolha As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam as oportunidades de escolha como escassas ou limitadas. | |
| 2. Não participação As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam uma opção de não participação nas atividades da instituição. | 2.1. Motivos funcionais As verbalizações incluídas nesta subcategoria justificam a não participação através de motivos funcionais. | |
| | 2.2..Ausência de interesse As verbalizações incluídas nesta subcategoria justificam a não participação pela ausência de interesse em geral ou devido a um sentimento de exclusão. | |

Dimensão IV.III.III.: Atividades exteriores à instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|---|--|
| 1. Existência de autonomia de saídas As verbalizações incluídas nesta categoria reportam-se à ênfase nas afirmações positivas que indicam a ideia de existência de autonomia nas saídas. | 1.1. Em geral As verbalizações incluídas nesta categoria reportam-se à possibilidade de sair de forma geral. | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| | 1.2. Informação Prévia As verbalizações incluídas nesta categoria reportam-se à possibilidade de sair desde que seja transmitida tal informação ou pedido. | |
| 2. Inexistência de autonomia de saídas As verbalizações incluídas nesta categoria reportam-se à ênfase nas afirmações negativas sobre ideia de inexistência de autonomia nas saídas. | 2.1. Porque os filhos não deixam As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam como motivo uma impossibilidade determinada pelos filhos. | |
| | 2.2. Condicionada por decisão da instituição As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam como motivo o condicionamento da instituição. | |
| | 2.3. Limitações funcionais As verbalizações incluídas nesta subcategoria evidenciam como motivo as limitações funcionais. | |

3. Desconhecimento

As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam o desconhecimento sobre a possibilidade de sair da instituição de forma autónoma.

Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.

SUBTEMA IV.IV: LIBERDADE

Dimensão IV.IV.I: Percepção da liberdade dentro da instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|--|---|
| <p>1. Liberdade em ação</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para uma ideia de liberdade em ação, uma ideia de liberdade de movimento.</p> | <p>1.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram categorizadas as verbalizações que manifestam a existência da liberdade em ação.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Condicionada</p> <p>Nesta subcategoria foram categorizadas as verbalizações que manifestam que a liberdade em ação está condicionada/limitada.</p> | |
| | <p>1.3. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram categorizadas as verbalizações que manifestam a inexistência da liberdade em ação.</p> | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2. Liberdade de expressão</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria expressam as ideias acerca da liberdade de expressão.</p> | <p>2.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram categorizadas as verbalizações que manifestam a existência de liberdade de expressão.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2.2. Condicionada</p> <p>Nesta subcategoria foram categorizadas as verbalizações que manifestam a liberdade de expressão como condicionada/limitada.</p> | | |
| | <p>2.3. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram categorizadas as verbalizações que manifestam a inexistência de liberdade de expressão.</p> | |

Dimensão IV.IV.II: Percepção sobre a possibilidade de realizar uma queixa

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|----------------------------------|--|
| 1. Possibilidade de fazer uma queixa As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia da existência de possibilidade de realizar uma queixa. | | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| 2. Impossibilidade de fazer uma queixa As verbalizações incluídas nesta categoria expressam a ideia de impossibilidade de realizar uma queixa. | | |
| 3. Receio das consequências de fazer uma queixa As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam um receio das consequências de eventuais queixas que pudessem fazer. | | |
| 4. Desconhecimento de consequências As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam desconhecimento relativamente às consequências de eventuais queixas que pudessem fazer. | | |

TEMA V. Privacidade e Intimidade

Dimensão V.I: Privacidade em Geral

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos | |
|--|--|---|--|
| <p>1. Existência de privacidade</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem a existência de privacidade.</p> | <p>1.1. Tempo</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a existência de tempo que podem passar sozinhos.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> | |
| | <p>1.2. Espaço</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a existência de um espaço onde podem guardar as suas coisas/objetos pessoais.</p> | | |
| <p>2. Inexistência de Privacidade</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem a inexistência de privacidade.</p> | <p>2.1. Tempo</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a inexistência de tempo que podem passar sozinhos.</p> | | |
| | <p>2.2. Espaço</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a inexistência de um espaço privado, com chave, onde possam guardar as suas coisas sem que outros tenham acesso.</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>3.Aspirações de Privacidade</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam as aspirações à privacidade.</p> | <p>3.1 Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que manifestam o desejo de poder ter as suas coisas num espaço privado.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>3.2. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam como indiferente a existência de um espaço privado.</p> | |

Dimensão V.II: Intimidade Corporal

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|--|---|
| <p>1. Rotinas de Banho</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que abordam as rotinas de banho.</p> | <p>1.1. Definidas pela instituição</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações onde os idosos afirmam que as rotinas de banho são definidas pela instituição.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Definidas pelo próprio</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações onde os idosos afirmam que as rotinas de banho são definidas por eles próprios.</p> | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2. Realização da higiene</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que abordam a realização da higiene.</p> | <p>2.1. Pelos cuidadores</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações onde os idosos afirmam que a realização da higiene é feita pelos cuidadores.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>2.2. Pelo próprio</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações onde os idosos afirmam que a realização da higiene é feita por si.</p> | |
| <p>3. Vivência dos cuidados de higiene</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam as várias ideias sobre a vivência dos cuidados de higiene.</p> | <p>3.1. Confortável</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que refletem uma ideia de que os idosos se sentem confortáveis com a realização da higiene pelos cuidadores.</p> | |
| | <p>3.2. Pudor</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que refletem uma ideia de que os idosos sentem algum pudor ou desconforto com a realização da higiene pelos cuidadores.</p> | |

Dimensão V.III: Relações Amorosa

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|--|---|
| <p>1. Perceção Pessoal</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam as perceções dos próprios idosos acerca da existência de relações amorosas na instituição.</p> | <p>1.1. Aceitação da relação</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam a existência de relações amorosas como aceitáveis.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Rejeição da relação</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações onde os idosos rejeitam a possibilidade da existência de relações amorosas.</p> | |
| <p>2. Perceção sobre o olhar dos outros</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam a perceção dos idosos sobre a forma como outros idosos veem as relações amorosas.</p> | <p>2.1. Aceitação da relação</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam aceitação por parte dos outros.</p> | |
| | <p>2.2. Rejeição da Relação</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam rejeição por parte dos outros.</p> | |

TEMA VI. Identidade Pessoal e Social

Dimensão VI.I: Pertences

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|--|---|
| <p>1. Manutenção de objetos</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam que pertences os idosos levaram quando entraram para a instituição.</p> | <p>1.1. Fotografias</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que apresentam como pertences as fotografias.</p> <p>1.2. Roupas</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que apresentam como pertences a roupa.</p> <p>1.3. Objetos pessoais</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que apresentam como pertences diversos objetos pessoais.</p> | <p style="text-align: center;">Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Limitação da manutenção de objetos</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam a limitação de pertences aquando da entrada na instituição.</p> | <p>2.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que manifestam a existência de limites.</p> | |
| | <p>2.2. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que manifestam a inexistência de limites ao que poderiam trazer.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>2.3. Desconhecimento</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que manifestam o desconhecimento acerca da existência de limites.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|--|--|---|

Dimensão VI.II: Hábitos e Rotinas

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Subsubcategorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <p>1. Antes da entrada na instituição</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem os hábitos e rotinas mais importantes antes da entrada na instituição.</p> | <p>1.1. Atividades da vida diária</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam como mais importantes as atividades da vida diária.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Trabalho/Emprego</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam como mais importante o trabalho/emprego.</p> | | |
| | <p>1.3. Vida Própria</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam como mais importante a vida decida pelo próprio. | | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| 2. Após a entrada na instituição Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que abordam a possibilidade de manutenção dos hábitos e rotinas mais importantes antes da entrada na instituição. | 2.1. Manutenção dos hábitos e rotinas Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam a existência desses hábitos e rotinas. | | |
| | 2.2. Limitação dos hábitos e rotinas Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam a limitação desses hábitos e rotinas. | | |
| | 2.3. Términus dos hábitos/rotinas anteriores Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam o fim desses hábitos e rotinas. | 2.3.1. Motivos de Saúde Nesta subsubcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a saúde. | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | <p>2.3.2. Falta de rede social</p> <p>Nesta subsubcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a falta de rede social.</p> <p>2.3.3. Falta de sentimento de pertença</p> <p>Nesta sub-subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a inexistência de um sentimento de pertença.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>3. Desejo de manutenção das tarefas</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que remetem para o desejo de realização de tarefas semelhantes às que tinham nas suas casas.</p> | <p>3.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam a existência de desejo de realização dessas tarefas.</p> | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>3.2. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam a inexistência de desejo de realização dessas tarefas.</p> | <p>3.2.1. Motivos de saúde</p> <p>Nesta subsubcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a saúde.</p> <p>3.2.2. Perda de vontade</p> <p>Nesta subsubcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a perda de vontade.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|--|--|--|---|

Dimensão VI.III: Vestuário

| Categorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|---|
| <p>1. Escolha pelo próprio</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam que a escolha da roupa é feita pelo próprio.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Escolha pelos cuidadores</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam que a escolha da roupa é feita pelos cuidadores.</p> | |
| <p>3. Escolha pelos filhos</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam que a escolha da roupa é feita pelos filhos.</p> | |

Dimensão VI.IV: Espaço na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos | |
|--|--|---|--|
| <p>1. Permanência no mesmo quarto</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam que o idoso esteve sempre no mesmo quarto desde que entrou na instituição.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> | |
| <p>2. Mudança de quarto</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam que o idoso mudou de quarto durante desde que entrou na instituição.</p> | <p>2.1. Falecimento do cônjuge</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a morte do cônjuge.</p> | | |
| | <p>2.2. Conveniência da instituição</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a conveniência da instituição.</p> | | |
| | <p>2.3. Divergências com o/os colega/as de quarto</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a existência de divergências com o/os /colega/as de quarto.</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>2.4. Preferência por outro quarto</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a preferência por outro quarto.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|--|---|---|

Dimensão VI.V: Residência própria

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos |
|---|---|---|
| <p>1. Manutenção da residência</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações onde os idosos abordam a manutenção da sua própria residência.</p> | <p>1.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a existência da residência.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a inexistência da residência.</p> | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>2. Frequência de ida a casa</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que remetem para a frequência das idas a casa.</p> | <p>2.1. Frequente</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem as idas a casa como frequentes.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> | |
| <p>2.2. Rara</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem as idas a casa como raras.</p> | | | |
| <p>3.Importância da ida a casa</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam a importância da ida a casa.</p> | <p>3.1. Afeto</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a casa como um espaço de afeto e de recordações.</p> | | |
| | <p>3.2. Alimentação</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que referem a casa como importante na satisfação de desejos como os da alimentação.</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>4. Relativização da importância da ida a casa</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam uma ideia de relativização da importância da casa na vida atual.</p> | <p>4.1. Motivos de Saúde</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a saúde</p> <hr/> <p>4.2. Perda de ligação afetiva</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a perda de ligação afetiva.</p> <hr/> <p>4.3. Solidão</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam como motivo a solidão.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|---|---|---|

TEMA VII: Relacionamento Interpessoal

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos | |
|---|--|---|--|
| <p>1. Respeito</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam a existência de um sentimento de respeito na instituição, por parte de outros utentes, cuidadores e outros profissionais.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> | |
| <p>2. Qualidade dos cuidados</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que remetem para a perceção da qualidade dos cuidados.</p> | <p>2.1. Bom</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma perceção positiva dos cuidados.</p> | | |
| | <p>2.2. Mau</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma perceção negativa dos cuidados.</p> | | |
| | <p>2.3. Neutro</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma perceção neutra dos cuidados.</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>3. Relação com os outros utentes</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que dizem respeito à perceção da relação com outros utentes.</p> | <p>3.1. Boa</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma boa relação.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>3.2. Superficial</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam uma relação superficial, com pouca ligação afetiva.</p> | | |
| <p>3.3. Idealização</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam um desejo de relações ideais, marcadas pela humildade e compreensão.</p> | | |
| <p>4. Relação entre utentes</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que dizem respeito à perceção dos idosos acerca da relação dos utentes uns com os outros.</p> | <p>4.1. Boa</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma boa relação.</p> | |
| <p>4.2. Conturbada</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para relação marcada por conflitos.</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>5. Relação utente-cuidador</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que dizem respeito à percepção dos idosos acerca da relação utente-cuidador.</p> | <p>5.1. Positiva</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma percepção positiva da relação.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>5.2. Negativa</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma percepção negativa da relação.</p> | | |
| <p>5.3. Recíproca</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que remetem para uma percepção da relação como sendo recíproca.</p> | | |

TEMA VIII: Suporte Social Percebido

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos |
|--|--|---|
| <p>1. Fonte de ajuda</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam as fontes de ajuda a quem podem recorrer.</p> | <p>1.1. Família</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam como fonte de ajuda a família.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Cuidadores</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam como fonte de ajuda os cuidadores.</p> | |
| | <p>1.3. Amigos</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam como fonte de ajuda os amigos.</p> | |
| | <p>1.4. Desvalorização dos problemas</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam uma desvalorização dos problemas, relacionada com a idade.</p> | |
| | <p>1.5. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que expressam a inexistência de fontes de ajuda.</p> | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>2. Suporte emocional</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam as fontes de suporte emocional.</p> | <p>2.1. Família</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam suporte emocional a família.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> | |
| <p>2.2. Amigos</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam suporte emocional os amigos.</p> | | | |
| <p>2.3. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que evidenciam a ausência de suporte emocional.</p> | | | |
| <p>3. Amigos dentro da instituição</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem aos amigos dentro da instituição.</p> | <p>3.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que revelam a existência de amigos.</p> | | |
| <p>3.2. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que revelam a inexistência de amigos.</p> | | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>4. Amigos fora da instituição</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem aos amigos dentro da instituição.</p> | <p>4.1. Existência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que revelam a existência de amigos.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>4.2. Inexistência</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que revelam a inexistência de amigos.</p> | |

TEMA IX. Bem-estar Material

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos |
|---|---|--|
| <p>1. Suficiência económica</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam o dinheiro como suficiente para dar resposta às necessidades.</p> | | <p align="center">Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Gestão financeira</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que abordam a gestão do dinheiro do idoso.</p> | <p>2.1. Pelo próprio</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam uma gestão do dinheiro feita pelo próprio.</p> <hr/> <p>2.2. Pela família</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam uma gestão do dinheiro feita pela família.</p> | |
| <p>3. Preferência de gestão financeira</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que expressam a preferência pela gestão do dinheiro.</p> | <p>3.1. Pelo próprio</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam uma preferência por serem os idosos a gerir o dinheiro.</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>3.2. Pela família</p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as verbalizações que indicam uma preferência por ser a família a gerir o dinheiro.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|--|---|---|

TEMA X: Bem-estar subjetivo

DIMENSÃO X.I: Satisfação na instituição

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Subsubcategorias e critérios | Unidades de Registo/Exemplos |
|---|---|-------------------------------------|--|
| 1. Fontes de satisfação Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam fontes de satisfação. | 1.1. Descanso Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem ao descanso. | | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| | 1.2. Saúde Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à saúde. | | |
| | 1.3. Atividades/Trabalho Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem às atividades ou trabalho. | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>1.4. Liberdade</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à liberdade.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.5. Relacionamentos</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem às relações com os outros (utentes, cuidadores e outros profissionais).</p> | | |
| | <p>1.6. Espaço</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à satisfação com o espaço, em termos físicos ou de ambiente.</p> | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>1.7. Satisfação global</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam uma satisfação global não especificada.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Fontes de insatisfação</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam fontes de insatisfação.</p> | <p>2.1. Alimentação</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à alimentação.</p> | | |
| | <p>2.2. Falta de saúde</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à ausência de saúde.</p> | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>2.3. Dependência dos cuidadores</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à dependência dos cuidadores.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>2.4. Falta de atividade</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à falta de atividade.</p> | | |
| | <p>2.5. Relacionamentos</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem aos relacionamentos.</p> | <p>2.5.1. Cuidadores</p> <p>Nesta subsubcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem aos cuidadores.</p> | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <p>2.5.2. Outros utentes</p> <p>Nesta subsubcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem aos outros utentes.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>2.6. Saudades de casa</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam saudades de casa.</p> | <p>2.5.3. Contexto relacional global</p> <p>Nesta subsubcategoria foram classificadas todas as verbalizações que explicitam insatisfação com o contexto relacional no seu todo.</p> | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | <p>2.7. Ausência de suporte familiar</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam ausência de suporte familiar.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>2.8. Estado psicológico</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que remetem para o estado psicológico enquanto mediador ou determinante da insatisfação.</p> | | |
| <p>3. Momento do dia mais apreciado</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que expressam o momento do dia que os idosos mais apreciam.</p> | <p>3.1. Deitar</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem ao deitar à noite.</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>3.2. Tempo da refeição</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem ao tempo da refeição.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>3.3. Atividade</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem ao realizar de atividades.</p> | | |
| | <p>3.4. Ar livre</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que indicam a possibilidade de estar ao ar livre.</p> | | |
| | <p>3.5. Dias de festa</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem a dias de festa e à expressão de alegria.</p> | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>3.6. Inexistência de preferência</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que evidenciam como indiferente o momento do dia.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
|--|--|--|---|

DIMENSÃO X.II: Preocupações

| Categorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|---|---|
| <p>1. Mundo/futuro</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações referentes ao mundo e ao futuro.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Saúde</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações referentes à saúde.</p> | |
| <p>3. Relacionamento com cuidadores</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações referentes ao relacionamento com os cuidadores.</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>4. Bem-estar material</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações referentes ao bem-estar material.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>5. Dependência dos outros</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações referentes ao receio da dependência de outros.</p> | |
| <p>6. Família</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que expressam preocupação com a família e o futuro desta.</p> | |

DIMENSÃO X.III: Avaliação da felicidade

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos |
|--|--|--|
| 1. Classificação da felicidade Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações referentes à classificação da felicidade. | 1.1. Muito feliz Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações onde os idosos referiam que eram muito felizes. | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| | 1.2. Feliz Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações onde os idosos referiam que eram felizes. | |
| | 1.3. Nem feliz nem infeliz Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações onde os idosos referiam que não estavam nem felizes nem infelizes. | |
| | 1.4. Infeliz Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações onde os idosos referiam que eram infelizes. | |
| | 1.5. Muito infeliz Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações onde os idosos referiam que eram muito infelizes. | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>2. Motivos da existência de felicidade</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que explicitam os motivos da existência de felicidade.</p> | <p>2.1. Vida em geral</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à vida em geral.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2.2. Autonomia</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à autonomia.</p> | | |
| <p>2.3. Saúde</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à saúde.</p> | | |
| <p>2.4. Papel parental</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem ao comprimindo do dever/papel parental.</p> | | |
| <p>2.5. Características da Personalidade</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem a características da personalidade.</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>2.6. Satisfação das necessidades</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à satisfação de necessidades.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>2.7. Aceitação</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à aceitação da vida nos moldes em que acontece.</p> | |
| | <p>2.8. Não especificado</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que não especificam os motivos da existência de felicidade.</p> | |
| <p>3. Motivos da Inexistência de felicidade</p> <p>Nesta categoria foram classificadas todas as verbalizações que explicitam os motivos da inexistência de felicidade.</p> | <p>3.1. Reforma</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à reforma.</p> | |
| | <p>3.2. Morte do cônjuge/familiares</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à morte do cônjuge ou de outros familiares.</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>3.3. Entrada na instituição</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações indicam a entrada na instituição.</p> | <p>Apresentados quando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>3.4. Perda da autonomia</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que se referem à perda de autonomia.</p> | | |
| <p>3.5. Não especificado</p> <p>Nesta subcategoria foram classificadas todas as verbalizações que não especificam os motivos da existência de infelicidade.</p> | | |

TEMA XI: Necessidades e Idealização

Dimensão: XI.I: Avaliação global positiva: ganhos

| Categorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|---|
| <p>1. Ausência de maus-tratos</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem à ausência de maus-tratos e/ou de conflitos como um ganho.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Cuidados</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem à prestação de cuidados como um ganho.</p> | |
| <p>3. Segurança</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem à segurança como um ganho.</p> | |
| <p>4. Conforto</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem ao conforto como um ganho.</p> | |
| <p>5. Companhia</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem à companhia como um ganho.</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>6. Atividade</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem à atividade um ganho.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>7. Não sobrecarregar os filhos</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem ao não sobrecarregar os filhos como ganho.</p> | |
| <p>8. Vaga na instituição</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem à ocupação de um lugar disponível como um ganho.</p> | |
| <p>9. Inexistência de ganhos</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem a inexistência de ganhos.</p> | |

Dimensão XI.II: Avaliação global negativa: perdas

| Categorias e critérios | Unidades de registo/Exemplos |
|--|---|
| <p>1. Ausência de relações afetivas</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que referem a ausência de relações afetivas como uma perda.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>2. Aborrecimento</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem a sentimentos de aborrecimento e cansaço de viver.</p> | |
| <p>3. Liderança</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem à desorganização e ao exercício da autoridade e liderança como algo difuso.</p> | |
| <p>4. Falta de cuidadores</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem aos cuidadores como estando em número insuficiente para proporcionar respostas adequadas.</p> | |
| <p>5. Perda de vida própria</p> <p>Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem à perda de vida própria.</p> | |

| | |
|---|--|
| 6. Perda de atividade | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| 7. Perda de poder financeiro | |
| Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem à perda de poder financeiro. | |
| 8. Perda de autonomia | |
| Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se referem à perda de autonomia. | |
| 9. Perda da casa | |
| Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que se manifestam a preferência por estar em casa. | |
| 10. Inexistência de perdas | |
| Nesta categoria foram incluídas as verbalizações que indicam a inexistência de perdas. | |

Dimensão XI.III: Perdas mais importantes

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos |
|---|----------------------------------|--|
| 1. Casa As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para uma ideia da casa enquanto aspeto do qual se sentem privados. | | Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora. |
| 2. Família As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação relativamente à família. | | |
| 3. Amigos As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação dos amigos. | | |
| 4. Vida própria As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação relativamente ao seu modo de vida. | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>5. Atividade</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação relativamente às atividades que faziam anteriormente.</p> | | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>6. Alimentação</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação relativamente às escolhas alimentares.</p> | | |
| <p>7. Relacionamento</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação de relacionamentos afetivos.</p> | <p>7.1. Humilde</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à humildade.</p> <hr/> <p>7.2. Carinho</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se ao carinho.</p> <hr/> <p>7.3. Respeito</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se ao respeito.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>7.4. Compreensão</p> <p>As verbalizações incluídas nesta subcategoria referem-se à compreensão.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| <p>8. Objetos pessoais</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação de manutenção de objetos que proporcionam bem-estar.</p> | | |
| <p>9. Condições de higiene</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria remetem para um sentimento de privação de condições de higiene.</p> | | |
| <p>10. Inexistência</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria evidenciam a inexistência de privação de qualquer aspeto.</p> | | |

Dimensão X.IV: Contexto institucional ideal

| Categorias e critérios | Subcategorias e critérios | Unidades de registo/ Exemplos |
|--|--|---|
| <p>1. Lar ideal</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria indicam a perceção de um contexto institucional ideal.</p> | <p>1.1. Contexto rural</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam um contexto rural.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.2. Liberdade</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam um contexto com mais liberdade.</p> | |
| | <p>1.3. Escolha de alimentação</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam a possibilidade de escolha da alimentação.</p> | |
| | <p>1.4. Menos utentes</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam um contexto com menos utentes.</p> | |
| | <p>1.5. Mais privacidade</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam um contexto ideal como tendo mais privacidade.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>1.6. Ambiente Relacional</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam a idealização de um melhor ambiente relacional.</p> | <p>Apresentados aquando da defesa. Acesso reservado. Para consulta solicitar à autora.</p> |
| | <p>1.7. Melhores condições gerais e organizacionais</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam um contexto com melhores condições gerais e de organização.</p> | |
| | <p>1.8. Faixas etárias específicas</p> <p>Nesta subcategoria forma incluídas as verbalizações que indicam um contexto que limitasse e separasse os idosos por intervalo de idade.</p> | |
| <p>2. Descrença num contexto melhor</p> <p>As verbalizações incluídas nesta categoria revelam a descrença num contexto institucional ideal por motivos diversos.</p> | | |

Anexo 7. Apresentação de resultados: Temas, Subtemas, Dimensões, Categorias, Subcategorias, Subsubcategorias, frequências e percentagens

Apresentação de Resultados

TEMA IV. Direitos

| Subtemas | Dimensões | Categorias | Subcategorias | N | % | Total N | Total % | |
|----------------------|--|-------------------------|-------------------------------|-------------------|-----|---------|---------|-----|
| IV.I Direitos Gerais | IV.I.I Percepção de direitos gerais que consideram que devem ter | 1. Direito ao cuidado | 1.1. Ser bem tratado | 8 | 2.9 | 27 | 9.8 | |
| | | | 1.2. Segurança | 1 | 0.4 | | | |
| | | | 1.3. Individualização | 1 | 0.4 | | | |
| | | | 1.4. Afeto | 3 | 1.1 | | | |
| | | | 1.5. Respeito | 3 | 1.1 | | | |
| | | | 1.6. Alimentação de qualidade | 2 | 0.7 | | | |
| | | 2. Saúde | 2 | 0.7 | | | | |
| | | 3. Reforma | 1 | 0.4 | | | | |
| | | 4. Vida ativa | 1 | 0.4 | | | | |
| | | 5. Liberdade | 3 | 1.1 | | | | |
| | IV.I.II Direitos na instituição | 6. Ausência de direitos | 1. Existência | 5.1. Em geral | 1 | 0.4 | 20 | 7.2 |
| | | | | 5.2. De expressão | 1 | 0.4 | | |
| | | | 1.1. Em geral | 4 | 1.4 | | | |
| | | | 1.2. Ser bem tratado | 3 | 1.1 | | | |
| | | | 1.3. Cuidados de saúde | 1 | 0.4 | | | |
| | | | 1.4. Alimentação de qualidade | 1 | 0.4 | | | |
| | | | 2. Dependente do cuidador | 3 | 1.1 | | | |
| 3. Inexistência | 3.1. Em geral | 2 | 0.7 | | | | | |
| | 3.2. Ser bem tratado | 1 | 0.4 | | | | | |
| | 3.3. Afeto | 1 | 0.4 | | | | | |
| | 3.4. Respeito | 2 | 0.7 | | | | | |

(continua)

(continuação)

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|----|-----|----|------|
| | | | 3.5. Alimentação de qualidade | 2 | 0.7 | | |
| IV.II Poder de decisão | IV.II.I Decisão na instituição | 1. Inexistência de decisão | | 18 | 6.5 | 18 | 6.5 |
| | IV.II.II Decisão sobre a sua vida | 1. Existência | 1.1. Em geral | 2 | 0.7 | | |
| | | | 1.2. Visitar a casa e a família | 1 | 0.4 | | |
| | | | 1.3. Realizar atividades do dia-a-dia | 3 | 1.1 | | |
| | | 2. Inexistência | 2.1. Conformismo | 7 | 2.5 | 20 | 7.2 |
| | | | 2.2. Devido à idade | 4 | 1.4 | | |
| | | | 2.3. Saúde | 1 | 0.4 | | |
| | | | 2.4. Perda de controlo financeiro | 1 | 0.4 | | |
| | | | 2.5. Morte do cônjuge | 1 | 0.4 | | |
| IV.III Autonomia Executiva | IV.III.I Implementação da decisão sobre rotinas da instituição | 1. Possibilidade de ir para o quarto durante o dia | 1.1. Pode decidir | 14 | 5.1 | | |
| | | | 1.2. Não pode decidir | 6 | 2.2 | | |
| | | | 1.3. Apenas por doença | 2 | 0.7 | 62 | 22.5 |
| | | 2. Decisão sobre as horas levantar | 2.1. Pode decidir | 12 | 4.3 | | |
| | | | 2.2. Não pode decidir | 8 | 2.9 | | |
| | | 3. Existência de decisão sobre as horas de deitar | | 20 | 7.2 | | |
| | IV.III.II Atividades na instituição | 1. Participação | 1.1. Existência | 14 | 5.1 | | |
| | | | 1.2. Escassas oportunidades de escolha | 4 | 1.4 | 25 | 9.1 |
| | | 2. Não Participação | 2.1. Por motivos funcionais | 5 | 1.8 | | |
| | | | 2.2. Ausência de interesse | 2 | 0.7 | | |
| | IV.III.III Atividades exteriores à instituição | 1. Existência de autonomia de saídas | 1.1. Em geral | 9 | 3.3 | | |
| | | | 1.2. Informação Prévia | 5 | 1.8 | | |
| | | 2. Inexistência de autonomia de saídas | 2.1. Os filhos não permitem | 1 | 0.4 | 22 | 7.9 |
| | | | 2.2. Condicionada por decisão da instituição | 2 | 0.7 | | |

(continua)

(continuação)

| | | | | | | | |
|--------------------|---|--|----------------------------|----|-----|-----|------|
| | | | 2.3. Limitações funcionais | 4 | 1.4 | | |
| | | 3. Desconhecimento | | 1 | 0.4 | | |
| IV.IV Liberdade | IV.IV.II Percepção da liberdade dentro da instituição | 1. Liberdade em ação | 1.1. Existência | 14 | 5.1 | | |
| | | | 1.2. Condicionada | 7 | 2.5 | | |
| | | | 1.3. Inexistência | 6 | 2.2 | 47 | 17 |
| | | 2. Liberdade de expressão | 2.1. Existência | 13 | 4.7 | | |
| | | | 2.2. Condicionada | 4 | 1.4 | | |
| | | | 2.3. Inexistência | 3 | 1.1 | | |
| | | 1. Possibilidade de fazer uma queixa | | 15 | 5.4 | | |
| | | 2. Impossibilidade de fazer uma queixa | | 2 | 0.7 | | |
| | IV.IV.II Percepção sobre a possibilidade de fazer uma queixa | 3. Receio das consequências | | 15 | 5.4 | 35 | 12.7 |
| | | 4. Desconhecimento de consequências | | 3 | 1.1 | | |
| Total | | | | | | 276 | 100 |

TEMA VI. Identidade Pessoal e Social

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | Subsubcategorias | N | % | Total N | Total % |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|-----|-----|---------|---------|
| VI.I Pertences | 1. Manutenção de objetos | 1.1. Fotografias | | 5 | 2.5 | 45 | 22.7 |
| | | 1.2. Roupas | | 15 | 7.5 | | |
| | | 1.3. Objetos pessoais | | 5 | 2.5 | | |
| | 2. Limitação da manutenção de objetos | 2.1. Existência | | 4 | 2 | | |
| | | 2.2. Inexistência | | 14 | 6.9 | | |
| VI.II Hábitos e Rotinas | 1. Antes da entrada na instituição | 1.1. Atividades da vida diária | | 4 | 2 | 64 | 31.7 |
| | | 1.2. Trabalho/Emprego | | 6 | 3 | | |
| | | 1.3. Vida própria | | 15 | 7.5 | | |
| | 2 Após a entrada na instituição | 2.1. Manutenção dos hábitos/rotinas | | 6 | 3 | | |
| | | 2.2. Limitação dos hábitos/rotinas | | 2 | 1 | | |
| | | 2.3. Términus dos hábitos/rotinas | 2.3.1. Motivos de Saúde | 8 | 4 | | |
| | | | 2.3.2. Falta de rede social | 3 | 1.5 | | |
| | | | 2.3.3. Falta de sentimento de pertença | 1 | 0.5 | | |
| | 3. Desejo de manutenção de tarefas | 3.1. Existência | | 9 | 4.5 | | |
| | | 3.2. Inexistência | 3.2.1. Motivos de saúde | 6 | 3 | | |
| 3.2.2. Perda de vontade | | | 5 | 2.5 | | | |
| VI.III Vestuário | 1. Escolha Pelo Próprio | | 17 | 8.5 | 21 | 10.3 | |
| | 2. Escolha pelos cuidadores | | 3 | 1.5 | | | |
| | 3. Escolha pelos filhos | | 1 | 0.5 | | | |
| VI.IV Espaço na instituição | 1. Permanência no mesmo quarto | | 10 | 5 | 20 | 10 | |
| | 2. Mudança de quarto | 2.1. Falecimento do cônjuge | | 1 | | | 0.5 |
| | | 2.2. Conveniência da instituição | | 3 | | | 1.5 |
| | | 2.3. Divergências com o/os colega/as de quarto | | 5 | | | 2.5 |

(continua)

(continuação)

| | | | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------------|----|-----|-----|------|
| | | 2.4. Preferência por outro quarto | 1 | 0.5 | | |
| VI.V Residência própria | 1. Manutenção da residência | 1.1. Existência | 12 | 6 | | |
| | | 1.2. Inexistência | 8 | 4 | | |
| | 2. Frequência na ida a casa | 2.1. Frequente | 6 | 3 | | |
| | | 2.2. Rara | 6 | 3 | | |
| | 3. Importância da ida a casa | 3.1. Afeto | 10 | 5 | 52 | 25.7 |
| | | 3.2. Alimentação | 1 | 0.5 | | |
| | 4. Relativização da importância da ida a casa | 4.1. Motivos de Saúde | 3 | 1.5 | | |
| | | 4.2. Perda de ligação afetiva | 4 | 2 | | |
| | | 4.3. Solidão | 2 | 1 | | |
| Total | | | | | 202 | 100 |

TEMA X. Bem-estar Subjetivo

| Dimensões | Categorias | Subcategorias | Subsubcategorias | N | % | Total N | Total % | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|-----|---------|---------|-----|
| X.I: Satisfação na instituição | 1. Fontes de satisfação | 1.1. Descanso | | 1 | 0.8 | 68 | 51.5 | |
| | | 1.2. Saúde | | 2 | 1.5 | | | |
| | | 1.3. Atividades/Trabalho | | 3 | 2.3 | | | |
| | | 1.4. Liberdade | | 2 | 1.5 | | | |
| | | 1.5. Relacionamentos | | 7 | 5.3 | | | |
| | | 1.6. Espaço | | 3 | 2.3 | | | |
| | | 1.7. Satisfação global | | 7 | 5.3 | | | |
| | 2. Fontes de insatisfação | 2.1. Alimentação | | 6 | 4.5 | | | |
| | | 2.2. Falta de saúde | | 3 | 2.3 | | | |
| | | 2.3. Dependência dos cuidadores | | 2 | 1.5 | | | |
| | | 2.4. Falta de atividade | | 1 | 0.8 | | | |
| | | 2.5. Relacionamentos | 2.5.1. Cuidadores | | 1 | | | 0.8 |
| | | | 2.5.2. Outros utentes | | 2 | | | 1.5 |
| | | | 2.5.3. Contexto relacional global | | 1 | | | 0.8 |
| | | 2.6. Saudades de casa | | 2 | 1.5 | | | |
| | | 2.7. Ausência de suporte familiar | | 2 | 1.5 | | | |
| | | 2.8. Estado psicológico | | 2 | 1.5 | | | |
| | 3. Momento do dia mais apreciado | 3.1. Deitar | | 6 | 4.5 | | | |
| | | 3.2. Tempo da refeição | | 2 | 1.5 | | | |
| | | 3.3. Atividade | | 3 | 2.3 | | | |
| | | 3.4. Ar livre | | 1 | 0.8 | | | |
| 3.5. Dias de festa | | | 4 | 3 | | | | |
| 3.6. Inexistência de preferência | | | 5 | 3.9 | | | | |

(continua)

(continuação)

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|-----|-----|----|------|
| X.II: Preocupações | 1. Mundo/futuro | | 3 | 2.3 | | |
| | 2. Saúde | | 7 | 5.3 | | |
| | 3. Relacionamento com cuidadores | | 1 | 0.8 | 21 | 15.9 |
| | 4. Bem-estar material | | 2 | 1.5 | | |
| | 5. Dependência dos outros | | 2 | 1.5 | | |
| | 6. Família | | 6 | 4.5 | | |
| X.III: Avaliação da felicidade | 1. Classificação da felicidade | 1.1. Muito feliz | 1 | 0.8 | | |
| | | 1.2. Feliz | 10 | 7.6 | | |
| | | 1.3. Nem feliz nem infeliz | 4 | 3 | | |
| | | 1.4. Infeliz | 4 | 3 | | |
| | | 1.5. Muito infeliz | 1 | 0.8 | | |
| | 2. Motivos da existência de felicidade | 2.1. Vida em geral | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.2. Autonomia | 1 | 0.8 | 43 | 32.6 |
| | | 2.3. Saúde | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.4. Papel parental | 2 | 1.5 | | |
| | | 2.5. Características da personalidade | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.6. Satisfação das necessidades | 1 | 0.8 | | |
| | | 2.7. Aceitação | 2 | 1.5 | | |
| | | 2.8. Não especificado | 4 | 3 | | |
| | 3. Motivos da Inexistência de felicidade | 3.1. Reforma | 1 | 0.8 | | |
| 3.2. Morte do cônjuge/familiares | | 2 | 1.5 | | | |
| 3.3. Entrada na instituição | | 4 | 3 | | | |
| 3.4. Perda da autonomia | | 1 | 0.8 | | | |

(continua)

(continuação)

| | | | | | |
|-------|-----------------------|---|-----|-----|-----|
| | 3.5. Não especificado | 2 | 1.5 | | |
| Total | | | | 132 | 100 |