



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# O Idoso e a Institucionalização: melhoria de vida ou segregação

Solange Marisa Figueiredo Ribeiro

Orientador de Dissertação:  
Prof<sup>a</sup> Doutora Sandra Oliveira

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
Prof<sup>a</sup> Doutora Sandra Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau  
de:

MESTRE EM Psicologia  
Especialidade em Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof<sup>a</sup> Doutora Sandra Oliveira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, n<sup>o</sup> 19673/2006 publicado em Diário da República 2<sup>a</sup> série de 26 de Setembro, 2006.

## Agradecimentos

Ao Filipe, companheiro desta caminhada, por todas as peripécias, as boas novas e as tristezas, os momentos de angústia, revolta e contentamento.

Para aqueles que sempre estiveram presentes e que me ajudaram a concluir este curso, os meus pais, um grande, imenso muito obrigada.

À Professora Sandra Oliveira, minha orientadora de dissertação, pelos seus ensinamentos, sugestões e críticas. Pelo humanismo e simpatia com que sempre nos tratou. Foi a nossa luz no caminho dos bons profissionais.

Aos Inválidos do Comércio, e especialmente ao Serviço de Acção Social, por terem aceite e facilitado a recolha de dados para esta tese.

Aos utentes de I.C. que aceitaram participar no meu estudo. Um muito obrigada pela imensa simpatia e disponibilidade com que me receberam.

Às amigas, muito em especial à Liliana, por todos os desabafos, os momentos de alegria e tristeza, pela imensa partilha e por estar sempre lá quando eu preciso; à Isabel, por todo o incentivo, ensinamentos, partilha e bons momentos; à Sara, por todas as conversas, as trocas e a partilha.

A todos os outros amigos que estiveram sempre disponíveis para ajudar, para escutar, para partilhar.

A todas as colegas de curso que tive o prazer de conhecer e de trabalhar.

E por último mas não menos importante, um obrigado àqueles que não podendo estar presentes fisicamente, sempre olharam por mim, e de uma forma ou de outra me orientaram no caminho. São muitas as vezes que os recordo.

A todos um imenso Bem-haja!

*“O segredo de uma velhice agradável consiste apenas na assinatura de um honroso pacto com a solidão”*

Gabriel Garcia Márquez

## **Resumo**

O presente trabalho tem como objectivo analisar a percepção que os idosos possuem acerca da sua qualidade de vida, dos sentimentos de solidão e da depressividade antes e depois da entrada numa instituição. Pretende-se mais especificamente saber se a institucionalização traz melhoria de vida ou se pelo contrário, provoca uma maior segregação.

Procura-se ainda analisar as relações de causalidade entre estas alterações e a prevalência de apoio familiar ao longo desta mudança significativa na vida do idoso.

Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram um Questionário Sócio-Demográfico e o EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos), aplicados a uma amostra de 5 sujeitos idosos, com idades superiores a 75 anos e residentes numa instituição há mais de 30 meses.

O estudo revelou que, independentemente das características e da qualidade da diversidade de actividades da instituição, a percepção de solidão e apoio varia de sujeito para sujeito. Contudo a existência ou a falta de algum tipo de apoio familiar, ajudam na forma de adaptação à instituição e na maneira de encarar a vida e as suas adversidades.

*Palavras Chave:* Idosos, Qualidade de Vida, Institucionalização, Envelhecimento, Solidão

## **Abstract**

This paper's objective is to analyze the perception of elderly people regarding their life quality, loneliness feelings and depression before and after entering an asylum. Our intention is to specifically infer if the institutionalization will improve their life quality or, by the contrary, to induce higher segregation.

We also intend to analyze the correlations between these changes and the continued support from their family during this huge change in the life of the elderly.

The instruments used in the data collection were a socio-demographic survey and EASYcare (Elderly Assessment System), applied in a sample of 5 persons with ages above 75 years and residing in an asylum for more than 30 months.

This paper revealed that, independently of the facilities and the quality and diversity of activities provided by the institution, the perception of loneliness and support varies from subject to subject. Anyhow, the existence or lack of family support to help in the adaptation to the institution improves the way to face life and its adversities.

*Key words:* Elderly, Life Quality, Asylum, Aging, Loneliness

## ÍNDICE

Agradecimentos	III
Resumo em Português	IV
Resumo em Inglês	V
Índice	VI
Introdução	1
Envelhecimento	2
Envelhecimento biológico	4
O luto e a morte	7
A depressão	9
Institucionalização	10
Isolamento e Solidão	10
A alternativa à solidão	11
Objectivo central	17
Objectivos	17
Método	17
Participantes	18
Instrumentos	18
EASYcare	19
Questionário Sócio-Demográfico	20
Resultados	21
Apresentação das categorias de análise	27
Discussão	31

Considerações Finais	36
Referências Bibliográficas	37
Anexos	
Anexo 1 – Caracterização da Instituição	41
Anexo 2 – Questionário Sócio-Demográfico	42
Anexo 3 – EASYcare – versão Portuguesa	43
Anexo 4 – Questionário Sócio-Demográfico dos Participantes	44
Anexo 5 – Questões do Questionário Sócio-Demográfico sobre as quais incidiu o estudo	45
Lista de Quadros	
Quadro nº 1 - Modificações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos	5
Quadro nº 2 - Informação acerca dos Participantes	22
Quadro nº 3 - EASYcare (Questão nº 5 – Percepção acerca da Saúde do próprio)	23
Quadro nº 4 - EASYcare (Questão nº 6 - Solidão)	24
Quadro nº 5 - EASYcare (Questão nº 7 – Habitação)	25
Quadro nº 6 - Easycare (Questões nº 25 a 28 - Depressão)	26
Quadro nº 7 - Categorias de Análise	28

## INTRODUÇÃO

A problemática do envelhecimento assume um papel cada vez maior e com considerável importância na sociedade. O crescente aumento da população idosa e toda a problemática a ela associada tornam a informação e compreensão sobre esta camada da população cada vez mais necessária.

Dado que a geriatria<sup>1</sup> e gerontologia<sup>2</sup> são disciplinas ainda recentes, pretende este estudo ser um acréscimo à, ainda pouca, informação existente.

Diversos são os problemas associadas à velhice. As perdas, associadas às características corporais, as perdas de capacidades, a lentificação do corpo, os lutos, a solidão e consequentemente, na maioria das vezes, as depressões daqui derivadas, levam à necessidade de colocar o idoso numa instituição adequada, onde possa ser devidamente acompanhada.

Neste sentido, a presente dissertação tem como temática a percepção da qualidade de vida e sentimentos de solidão nos idosos, antes e depois da entrada numa Instituição.

Para isso iremos recorrer ao uso de um Questionário Sócio-Demográfico e da escala EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos) que iremos aplicar a um pequeno grupo de sujeitos, todos eles a viver numa instituição.

Parte deste estudo baseia-se num estudo anterior de Vaz (2006), concretamente a parte referente ao EASYcare. Utilizámos as respostas desta escala para, conjuntamente com os resultados obtidos com o actual estudo, podermos procurar semelhanças entre os resultados obtidos.

Posteriormente iremos analisar as suas respostas e procurar fazer uma análise compreensiva.

---

<sup>1</sup> Geriatria – Especialidade da Medicina que se dedica ao estudo, prevenção e tratamento de doenças e incapacidades nas idades avançadas

<sup>2</sup> Gerontologia – Estudo dos diversos fenómenos relacionados com o envelhecimento

## **O Envelhecimento**

A diminuição dos nascimentos, e o aumento da população idosa é um fenómeno que cada vez mais se verifica em todo o mundo. Tanto é que a temática associada ao envelhecimento tem vindo a assumir particular relevância nos últimos anos. Isto deve-se, fundamentalmente, a uma inversão na pirâmide das idades, principalmente nos países industrializados.

“Em Portugal, nomeadamente, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa (com 65 e mais anos).” (Fonseca, 2006, p. 7)

Segundo Simões (2006), verifica-se “um duplo envelhecimento da população, ou seja, por um lado, um aumento do número de idosos e, por outro, uma diminuição do número de jovens.” (p. 18)

O declínio da fecundidade que provoca o envelhecimento na base e por consequente um aumento da importância relativa aos mais idosos, é o principal factor responsável pelo envelhecimento das populações, invertendo assim a forma da pirâmide de idades. (Paúl, 1997)

Segundo Simões (2006), projecções recentes do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) indicam que o envelhecimento demográfico tenderá a agravar-se no futuro.

A diminuição da natalidade, a redução das doenças e da mortalidade são algumas das causas que levam a que a esperança de vida seja cada vez maior. A consequência é o que hoje conhecemos como envelhecimento demográfico. Se assim continuar, o século XXI será certamente o século do idoso. (Oliveira, 2008)

A noção de velho foi diversificando ao longo dos tempos. De tal forma que a velhice teve sempre associada a si uma visão pessimista de um período de isolamento, de retracção e de espera pela morte. No entanto, esta visão começa a desvanecer-se.

Os idosos apresentam-se como um grupo específico com imensa importância, visto estarem dotados de uma relevância estatística e social cada vez maior. Tornou-se assim necessário saber mais acerca deste grupo, razão que originou o aparecimento de uma disciplina nova, a gerontologia. Esta é definida por Schroots (1996, cit. por Fonseca, 2006) como sendo “o

estudo simultâneo e multidisciplinar do processo de envelhecimento, da velhice e do idoso.” (p.16)

Birren (1996, cit. por Fonseca 2006), ” foi dos primeiros investigadores a se dedicar ao estudo sistemático acerca das mudanças de comportamento associadas com a idade. Assim e segundo a perspectiva de Birren, surgiu a noção de com o avanço da idade correspondia um “progressivo abrandamento da actividade do sistema nervoso e de toda a acção humana dele dependente, residindo nesse fenómeno universal a característica fundamental do processo de envelhecimento.” (p. 17)

Um outro modelo psicológico de envelhecimento viria a ser proposto por Baltes. Este modelo baseava-se “numa articulação entre mecanismos de selecção, optimização e compensação, aplicável a todo o ciclo de vida mas particularmente sensível na segunda metade da vida humana.” (Fonseca, 2006, p. 17)

Ainda segundo Fonseca (2006) e as teorias psicológicas do envelhecimento, “se Birren afirmara a inevitabilidade de um “abrandamento de comportamento” fruto de alterações corporais e de restrições neurológicas, Baltes e colaboradores abriam a possibilidade de se ultrapassar (ou pelo menos reduzir) o impacto de tais alterações e restrições, pelo recurso a estratégias adaptativas diversificadas que tenderiam a facilitar um envelhecimento bem sucedido.” (p. 17)

O actual ritmo de vida das famílias de hoje não permite um acompanhamento personalizado aos idosos. A esse factor junta-se o facto de os idosos apresentarem cada vez mais dificuldade na execução das tarefas da vida diária.

Com a idade aumentam as necessidades de cuidados de saúde e aumenta também a solidão. A perda do conjugue, dos amigos mais próximos e dos conhecidos, as dificuldades sentidas no dia-a-dia, são alguns dos factores que levam a que grande parte dos idosos se vejam forçados a recorrer à institucionalização.

Consta na Constituição da República Portuguesa de 1976, no seu art.º 72, que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e a marginalização social”. (Coimbra e Brito, 1999)

Segundo Oliveira *et al* (2006), “envelhecer é muitas vezes um processo delicado e doloroso. A finitude significa o término de nossa acção no mundo.” (p. 1)

“O processo de envelhecimento é usualmente caracterizado em termos de estreitamento do círculo de relações significativas, o que faz com que os idosos tenham cerca de metade das relações que tinham no início da vida adulta.” (Barroso, 2006)

Segundo Davis (1992, cit. por Fonseca, 2006), o sentimento crescente de haver um tempo limitado para viver e para conseguir alcançar os objectivos a que se propôs, é uma das perdas mais significativas pelas quais o sujeito de meia-idade passa.

Acresce a isto o conjunto de mudanças objectivas que marcam este período da vida:

- Mudanças a nível corporal – alterações físicas a nível da pele, do cabelo, da força e da resistência; alterações no sono e no peso
- Mudanças na vida profissional – não chegar a ser promovido ou a alcançar um lugar de maior prestígio, a chegada da reforma
- Mudanças na vida pessoal – assistir à saída dos filhos de casa, apoiar os mais velhos da família, ter um novo papel de avô/avó, conjugado com as implicações que tudo isto tem na relação conjugal, assim como na relação com os filhos e na rotina da vida quotidiana.

Segundo Schroots (1995, cit. por Gonçalves e tal, 2006), com o envelhecimento do organismo humano verifica-se um desequilíbrio consecutivo entre ganhos e perdas, grandemente originado pelo enfraquecimento de recursos biológicos e cognitivos.

### **Envelhecimento Biológico**

Segundo Birren e Zarit (1985, cit por Spar e La Rue, 1998), o envelhecimento biológico, é o processo de mudança do organismo. O tempo vai passando e com ele diminui a probabilidade

de sobrevivência e a capacidade fisiológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.

### Quadro nº 1

#### Modificações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos

Cardiovascular	Diminuição do tamanho e da flexibilidade, calcificação das válvulas, aumento da tensão arterial sistólica
Respiratório	Alvéolos e canais alveolares dilatados, perda de elasticidade, diminuição da capacidade vital, principalmente durante exercício
Musculoesquelético	Redução da massa muscular e óssea, perda de elasticidade das articulações, perda de força muscular e de vigor
Gastrointestinal	Perda de células musculares, atrofia da mucosa gástrica, obstipação, diminuição da metabolização de fármacos
Geniturinário	Diminuição da elasticidade da bexiga, principalmente na mulher, redução da capacidade de esvaziamento da bexiga
Endocrinológico	Atrofia e fibrose
Nervoso	Perda de peso e volume do cérebro, perda de neurónios, mudanças intelectuais
Orgãos dos sentidos	Perda de acuidade auditiva e visual

De acordo com Fonseca (2006), o envelhecimento é um processo que envolve três componentes distintas, sendo distinguido numa componente biológica, social e psicológica.

- Componente biológica – relacionada com a senescência<sup>3</sup>, é a parte mais visível do envelhecimento. Associada aos níveis de maturidade física e estado de saúde. É aquela que se relaciona com a componente genética de cada espécie e que determina a esperança de vida de cada sujeito.
- Componente social – relacionada com os diferentes papéis e funções que cada sujeito desempenha na sociedade.
- Componente psicológica – relacionada com cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação, de aprendizagem e motivação (Oliveira, 2008)

“Há tarefas que se impõem aos adultos em idade avançada ou já na velhice, designadamente a avaliação das transformações do corpo, o reconhecimento da finitude da vida e a perda progressiva de relações interpessoais.” (Oliveira, 2008, p. 47)

No fim da vida, e segundo Sousa *et al* (2004), são inúmeros os desafios com que as pessoas se deparam:

- A entrada na reforma – novo papel social para o sujeito. Deixa de ter uma vida activa e produtiva no mercado de trabalho. Passa a ter mais tempo livre e nem sempre sabe como lidar com esta nova situação. Pode apresentar sintomas de baixa auto-estima, de inutilidade, isolamento e solidão. (Simões, 2006)
- As alterações nas relações familiares: conjugal, filial, fraternal – o facto de estar reformado e consequentemente ter mais tempo livre altera de alguma forma as relações familiares. O casal tem que reaprender a viver sozinho, tendo em conta que por esta altura os filhos já saíram de casa. Verifica-se também uma reaproximação dos filhos.

---

<sup>3</sup> Senescência – processo natural de envelhecimento.

- Ser avô – novo papel que simboliza também um pouco, o estatuto de pessoa mais velha.
- Redução das redes sociais – uma das consequências da reforma. Segundo Simões (2006), “é o trabalho que determina grande parte da nossa rede de relações sociais.” (p. 86)
- Dependência e doença – o corpo já não responde da mesma forma e há uma maior dependência dos outros para a execução de determinadas tarefas da vida diária. Esta dificuldade associada à presença de doença leva a uma ainda maior dependência.
- Perdas e morte – a ansiedade perante a aproximação da morte do próprio sujeito, a morte dos que lhe são próximos, a sua própria viuvez. As perdas sentidas no corpo físico, pelo declínio, pelas mudanças visíveis – o declínio, a perda de vigor, da beleza e da saúde. Tudo são perdas e perdas difíceis de ultrapassar.

Ainda no que se refere à reforma, e segundo Simões (2006), a entrada na reforma é uma situação que acarreta consigo todos os sintomas supramencionados, de sintomas de baixa auto-estima, inutilidade, isolamento e solidão, assim como uma redução nos níveis de actividades, um declínio da saúde física e mental e eventual dificuldade financeira. Nos dias que correm a reforma já não tem um peso tão negativo, pelo menos que diz respeito às dificuldades financeiras, devido ao crescente aumento do valor das pensões, assim como a nível da saúde física e mental, motivado pelo aumento e diversidade das actividades e participação social por parte dos idosos.

### **O Luto e a Morte**

Segundo Paúl (1997), “os idosos já vivenciaram, no decurso das suas longas vidas, inúmeras perdas, nomeadamente as dos seus próprios pais, mas é nesta fase que essas perdas se

sucedem com uma frequência e proximidade maior, pois os seus pares, irmãos ou amigos vão morrendo. No conjunto desses lutos sucessivos que vivenciam, ocorre frequentemente o mais doloroso de todos, a perda do conjugue.” (p.88)

De todas as certezas que podemos ter na vida a morte é a mais certa delas. O luto, associado às constantes perdas, é o que de mais certo existe durante o envelhecimento. Sejam as perdas a nível interno, associadas às capacidades do próprio sujeito, sejam as perdas externas relacionadas com os que estão próximos do sujeito, as perdas são as certezas dos idosos.

Relacionado com estas perdas, verifica-se a diminuição de forma drástica das redes sociais. Estas são de forma tão acentuada que maior parte das vezes as relações acabam por se centrar unicamente nos familiares

Segundo Sousa et al (2004), na velhice verifica-se uma redução nas redes sociais com a perda dos mais próximos, com a própria vulnerabilidade pessoal, derivada pela deterioração da saúde física e pela mudança das necessidades e prioridades. Este conjunto de factores leva a uma diminuição da qualidade de vida e a um crescente aumento do stress quotidiano.

Segundo Spar e La Rue (1998), o luto acarreta consigo mais sintomas depressivos e mais afectos negativos. Na maioria das vezes verifica-se a perda de auto-estima assim como o sentimento de culpa. Normalmente este resolve-se ou atenua-se entre um a dois anos após a morte do cônjuge. O ciclo de amigos e familiares vai ajudar na adaptação à viuvez. Contudo aqueles que têm um ciclo mais reduzido de amigos, vão apresentar uma maior dificuldade de adaptação ao seu novo estado civil.

De acordo com Oliveira (2008), o luto é um processo complicado que combina sentimentos paradoxais. A morte do conjugue pode trazer sentimentos de tristeza, raiva, rancor, depressão e tantas outras atitudes negativas, mas também pode trazer uma espécie de sentimento de alívio e paz.

Muitas vezes a ambiguidade da situação de luto está em lidar com estes sentimentos tão divergentes.

A morte dos outros leva a pensar acerca da própria morte. Mas a morte nada mais é que o fim natural da vida.

Segundo Sousa *et al* (2004), os idosos têm maior probabilidade de sofrer de múltiplas doenças e/ou incapacidades, e por conseguinte a tomar também uma maior variedade de medicamentos. As dificuldades associadas e sentidas na velhice levam a um receio de proximidade de morte. Esta aproximação da morte leva a um sentimento de perda do Eu. A morte é a finitude do Eu do sujeito.

Nesta fase da vida, de incertezas em relação ao futuro, existe apenas uma certeza, a certeza das perdas.

### **A Depressão**

Tendo em conta todas as mudanças inerentes ao próprio processo de envelhecimento, todas as perdas, nomeadamente no próprio corpo físico, é muito fácil encontrar idosos depressivos.

Aprender a viver com um corpo mais debilitado, com doenças próprias da velhice, com a perda de amigos e familiares, com a conseqüente redução da rede social, todos estes factores contribuem de forma significativa para um aumento da tristeza e para a manifestação de sintomas depressivos.

Segundo Spar e La Rue (1998), a depressão no idoso muitas vezes pode ficar mascarada por outros sintomas, como queixas físicas. Verificam-se alterações a nível do humor mas essas alterações são substituídas por queixas somáticas múltiplas.

A depressão major é a forma mais grave de perturbação no idoso. “A depressão é a razão de quase 50% das admissões dos idosos na psiquiatria geriátrica (...)” (p. 39).

É preciso estar atento aos sinais e saber reconhecer a depressão. Assim, e de acordo com Wildlocher (2001), “o deprimido exprime numerosas queixas e apresenta um comportamento característico. O clínico deve certificar-se que estas queixas e este comportamento correspondem efectivamente ao quadro clínico da depressão (diagnóstico positivo) e que eles não comportam nenhum sinal que faça suspeitar de uma outra forma de doença (diagnóstico diferencial).” (p. 27)

Segundo Sousa *et al* (2004), os idosos que se isolam tendem a manifesta um comportamento caracterizado pelo evitamento da relação com o outro, passando grande parte do tempo a dormir. Este tipo de comportamento não só afasta o idoso do contacto com os outros, como promove sintomas depressivos, prejudicando ainda mais a recuperação. “As atitudes depressivas mais frequentes são a recusa de alimentação e medicação, incontinência e redução da mobilidade” (Sousa *et al*, 2004, p. 105).

## **A INSTITUCIONALIZAÇÃO**

### **Isolamento e Solidão**

Segundo Winnicott (1983), um dos maiores sinais de maturidade é a capacidade que um sujeito tem em ficar só, que é diferente do medo ou do desejo de ficar só.

Contudo e, segundo Bowlby (1969, cit por Paúl, 1997), “a solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal.”

Nesta perspectiva, a solidão surge como a falta de uma relação necessária e não apenas ao facto de se estar só. (Paúl, 1997, p.83)

A solidão e o isolamento, segundo a perspectiva de Paúl (1997), podem ser vistos como a falta de existência ou não funcionamento de redes sociais de apoio. Esta inexistência de relações é determinante no que respeita ao stress e por consequência determina a saúde física e psicológica dos indivíduos.

Segundo Sousa *et al* (2004), a solidão é um sentimento subjectivo, que se refere à percepção de privação de contactos sociais ou à falta de pessoas disponíveis, com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. É um estado em que o sujeito tem ainda potencial e vontade de interagir e se relacionar com os outros, contudo não o faz, porque existe discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros.

As limitações próprias da idade, a dificuldade nas tarefas da vida diária, a falta de auxílio próximo e a solidão são algumas das razões que levam o idoso a considerar deixar a sua casa e ir para um lar.

A fuga à solidão é quase sempre um motivo de grande relevância. Contudo verifica-se que para algumas pessoas, o estar acompanhado não é suficiente. A criação de novas redes de relações sociais pode não ser suficiente em alguns casos. Sendo que a existência de suporte familiar se revela como uma importante fonte de apoio.

Segundo Lang (2001, cit por Barroso, 2006), “o processo de envelhecimento é usualmente caracterizado em termos de estreitamento do círculo de relações significativas, o que faz com que os idosos tenham cerca de metade das relações que tinham no início da vida adulta.” (p. 6)

Barroso (2006), constata que os idosos que referem ter mais contacto com amigos, demonstram também u menor sentimento de solidão.

### **A alternativa à solidão**

De acordo com as tradições culturais era à família que competia a função de cuidador dos elementos mais idosos e próximos. No entanto, devido a um conjunto de alterações demográficas o que se verifica é uma alteração no panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares com disponibilidade para prestar cuidados e do aumento do número de idosos a precisar de cuidados (Sousa *et al*, 2004).

Segundo Oliveira *et al* (2006), hoje em dia o modelo social que prevalece é o da família nuclear, em que no mesmo lar convivem apenas pais e filhos.

O recurso à institucionalização permite que o idoso possa alcançar o suporte que a família não pode garantir. Contudo não é apenas a impossibilidade da família tomar conta do idoso que leva a que este recorra à institucionalização, a inexistência de família é outros dos factores determinantes.

A alternativa seria manter o idoso em casa e disponibilizar assistência e/ou apoio domiciliário.

A existência de diversos factores, tais como demográficos, sociais e de saúde, concretamente gravidade da dependência, conduz ao aumento da procura da institucionalização. (Yamamoto *et al*, 2002)

Antigamente o que era renegado pela sociedade, considerado metaforicamente como o lixo, era escondido em locais específicos. Era depositado em locais próprios, longe da vista da restante sociedade. Os lares, antigamente apelidados de asilos, surgiram como espaço para guardar o que a sociedade não queria ver, para esconder aqueles com quem a sociedade não queria conviver. Neste sentido, o conceito de asilo surge como um depósito para guardar os velhos e os moribundos.

Segundo Lima e Viegas (1988, cit. por Paúl, 1997), a partir do séc. XIX surgem novas instituições, a par com o novo conceito de terceira idade, criadas especialmente para realojar os mais velhos na sociedade, desde os lares e hospitais, passando pelas universidades da terceira idade. O isolamento dos idosos passa a estar dentro de instituições e a velhice passa a ser vista como uma forma de doença social.

Temos que ter presente que o momento da saída de casa é sempre um momento marcante, acima de tudo porque se trata do seu espaço que é deixado para trás. O processo de institucionalização, simbolizado pela saída de casa e do ambiente conhecido, é uma mudança que prejudica o normal funcionamento das actividades da vida diária, uma vez que a mesma envolve uma readaptação, a uma nova casa e um novo espaço, num período da vida em que as capacidades do sujeito estão diminuídas. (Sousa *et al*, 2004)

Ainda segundo Sousa *et al* (2004), “a oferta social, em termos de apoio domiciliário e alojamento colectivo, encontra-se pouco desenvolvida nos países da Europa do sul (...) (p. 54).

Segundo Oliveira (2008), o envelhecimento demográfico acarreta consigo consequências a diversos níveis, tais como, um maior número de idosos a viver em instituições, gastos consideravelmente maiores com medicação e tratamentos, maior ocupação de camas hospitalares, elevado número de reformados/pensionistas e conseqüentemente, menos receitas, por haver mais mão-de-obra não produtiva. Verifica-se ainda um aumento dos lares de 3ª idade.

As limitações próprias da idade, a dificuldade nas tarefas da vida diária, a falta de auxílio próximo e a solidão são algumas das razões que levam o idoso a considerar deixar a sua casa e ir para um lar.

A fuga à solidão é quase sempre um motivo de grande relevância. Contudo verifica-se que para algumas pessoas, o estar acompanhado não é suficiente. A criação de novas redes de relações sociais pode não ser suficiente em alguns casos. Sendo que a existência de suporte familiar se revela como uma importante fonte de apoio.

Mas será a entrada na instituição uma coisa fácil?

As pessoas que dão entrada numa instituição tornam-se membros de uma nova comunidade. Deixam o seu pequeno mundo relacional para passarem a viver num local diferente, com pessoas com as quais não possuem qualquer vínculo afectivo, sendo que muitas das vezes têm mesmo que chegar a partilhar o quarto com alguém que não conhecem. (Oliveira *et al*, 2006)

Uma instituição funciona como um mundo à parte, regido por normas e regras próprias. O idoso, desde que entra para o Lar, vê-se obrigado a adaptar e seguir essas regras e regulamentos, tais como horários das refeições, dos banhos, da limpeza dos quartos, das horas de visita, entre outras.

Segundo o estudo de Sousa *et al* (2004), muitas vezes os idosos temem que a sua ida para um lar contribua para a diminuição da sua independência. O estar no lar torna-os menos capazes de manter a sua autonomia assim como a qualidade de vida. Esta ideia leva-nos a outra questão, que se prende com o respeito pelos princípios éticos dos cuidadores de saúde e acção social aos idosos, uma vez que a intervenção a nível da autonomia e qualidade de vida são fundamentais e essenciais.

“(...)na admissão dos idosos, devemos considerar que o processo de envelhecimento leva ao comprometimento da capacidade funcional, determinando limitações para as atividades da vida diária e necessidades específicas, as quais exigem assistência de pessoal qualificado, com conhecimento sobre a senescência e sobre a importância da manutenção e promoção da autonomia e independência nessa faixa etária.” (Yamamoto *et al*, 2002, p. 665)

Ainda segundo Yamamoto *et al* (2002), no que diz respeito à alimentação, as instituições costumam apresentar horários rígidos que se devem sobretudo à necessidade do enquadramento das demais actividades a serem desenvolvidas durante o resto do dia, sendo que isso implica perda de liberdade para o idoso.

“Nos lares, os idosos que vivenciam inúmeras perdas, integrados num meio que é limitativo, e assume o controlo de muitos aspectos das suas vidas, deprimem-se, e ficam desanimados, o que pode ser responsável pelas deficiências cognitivas, frequentemente observadas nos idosos institucionalizados. (...) A população de idosos institucionalizados, está então em risco de dependência, perda de controlo e desânimo. Nas transacções pessoa/meio, relativas ao controlo, os efeitos negativos, resultantes da institucionalização, foram atribuídos às políticas institucionais, às características ambientais e aos comportamentos dos funcionários, todos contribuindo para uma redução inapropriada do controlo e escolhas dos pacientes, e a um reforço da dependência.” (Paúl, 1997, p. 28)

Em algumas instituições as normas permitem a livre circulação dos utentes, entre a instituição e o exterior. Existem contudo, algumas excepções, como os casos em que os idosos apresentem algum tipo de demência ou desorientação.

“...As respostas indicam que, do ponto de vista dos utentes idosos, um bom lar é aquele que: tem actividades de animação; possibilita saídas (passeios, acesso fácil às actividades de lazer da comunidade...); fornece boa alimentação; tem pessoal simpático e competente e não está sempre a mudar quem lá trabalha; permite ter quarto individual; facilita que os residentes façam boa companhia uns aos outros; oferece conforto físico; disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física...); é seguro; não é demasiado grande. Quando os lares correspondem a estas definições, a adaptação e integração realiza-se de forma mais simples. (...) este tipo de instituição deve oferecer respeito por: dignidade, autonomia, privacidade, direito de escolha e independência. (Sousa *et al*, 2004, p. 114)

Segundo Yamamoto *et al* (2002), é necessária a atenção e qualificação dos recursos humanos orientados para os idosos porque na maioria das vezes, as instituições pedem aos funcionários que executem tarefas e actividades que vão muito além do seu grau de competência.

Mas de que forma funciona o tempo dentro de uma instituição?

Segundo Oliveira *et al* (2006), os idosos que permanecem institucionalizados há mais de 10 anos sofrem uma maior exclusão social do ponto de vista cidadão. Mesmo que a instituição atenda às necessidades do idoso, a instituição não apresenta o ambiente mais adequado a nível de convívio social, pois torna limitado o convívio entre os sujeitos.

“O conceito de desânimo aprendido tem a ver com o declínio do bem-estar psicológico dos idosos institucionalizados, e está associado com imagens de enfraquecimento, apatia e ausência de poder.” (Paúl, 1997)

Dessa forma, e segundo o que Freire *et al* (2005) verificaram, o idoso institucionalizado forma quase sempre um grupo privado dos seus projectos, tendo em conta que se encontra afastado da família, da sua casa, dos seus amigos e das demais relações nas quais a sua vida foi construída.

Segundo Barroso (2006), os idosos parecem tolerar melhor as condições de vida próprias do envelhecimento quando têm junto de si pessoas com importância afectiva.

Mas também se verifica que, no que respeita aos idosos, “há acontecimentos mais ou menos previsíveis ou imprevisíveis, há pessoas mais ou menos resistentes (resilientes) física e psicologicamente, há pessoas com percepção de controlo dos acontecimentos mais ou menos internas ou externas, em termos de locus de controlo...” (Oliveira, 2006, p. 68).

São estas diferenças que são interessantes de ver quando as pessoas são sujeitas a uma alteração na sua vida diária – a ida para o Lar.

Os sentimentos de solidão e os níveis de depressividade estão fortemente presentes nos idosos, principalmente naqueles que vivem institucionalizados em Lares de Assistência à terceira idade. (Barroso, 2006)

Ainda segundo Barroso (2006), os idosos que vivem em instituições e têm menos contacto e percepção de preocupação por parte dos amigos e familiares, apresentam mais sentimentos de solidão.

“Há dois conjuntos de factores de risco no meio ambiente dos idosos, um constituído pelas percepções individuais, representados pelos factores amplificadores dos sistemas de apoio social dos indivíduos e, outro, constituído por factores etiológicos primários, os condicionalismos médicos, determinados geneticamente, e problemas genéticos maiores, de incapacidades intelectuais, energia física e funcionamento sensório-motor. Os factores genéticos e a história de vida dos idosos, podem moderar o risco de depressão e resultados negativos, e salientar as percepções de controlo. As histórias vividas de traumas, perda de relações, sistemas de crenças culturais e sociais e a ideologia de controlo, são identificadas como factores chave no desenvolvimento da vulnerabilidade. O desânimo aprendido, a passividade, a dependência, o excesso de incapacidade, são muitas vezes considerados os resultados de severas ameaças ao sentido de controlo, somados à vulnerabilidade de cada um. A depressão reactiva e os comportamentos apáticos, podem ser vistos como resultados da vulnerabilidade, ou factores predisponentes à vulnerabilidade na velhice.” (Paúl, 1997, p. 50)

Sob a perspectiva psicanalítica, o desejo e a libido estão presentes em qualquer idade. Isto significa que independentemente da idade do sujeito, o desejo mantém-se acima de tudo porque o sujeito é um ser humano e os seres humanos são movidos pelos desejos.

É a falta, o sentimento de ausência de algo que faz despertar o desejo e que acompanha o sujeito até à morte. Não se deixa de desejar apenas porque se é velho.

Muitas das vezes, o que acontece nas instituições, é que se tenta retirar a capacidade de desejo ao idoso, pela infantilização com que os tratam e pela dessexualização. Desta forma os cuidadores não permitem que o sujeito mantenha o mínimo de independência e acima de tudo que continuem a desejar e a sonhar.

Mas qual será a percepção do idoso institucionalizado em relação à sua própria vida?

## **Objectivo Central**

O objectivo central deste estudo consiste na tentativa de aceder compreensivamente ao impacto da institucionalização na vida do idoso e de que forma a existência de uma relação familiar no mundo exterior, ajuda ao bem-estar do mesmo.

## **Objectivos do Estudo**

Este trabalho tem como objectivos:

- i. Perceber de que forma a percepção da qualidade de vida se modifica após a entrada numa instituição
- ii. Analisar se os sintomas de depressividade tendem a aumentar após a entrada na instituição
- iii. Perceber se a percepção de solidão se mantém após a institucionalização, ou se pelo contrário, ela é atenuada
- iv. Compreender se a qualidade da instituição tem influência na adaptação do idoso à sua nova casa
- v. Perceber se a noção de acompanhamento/ajuda é reforçada dentro da instituição
- vi. Entender qual a influencia que o apoio familiar tem no idoso institucionalizado

## **MÉTODO**

Este estudo é composto por metodologia quantitativa e qualitativa.

Quantitativa porque é um estudo constituído por um Questionário Sócio-Demográfico e uma escala EASYcare (Sousa & Figueiredo, 2000 e Figueiredo e Sousa, 2000).

Qualitativa pelo recurso ao método fenomenológico da análise de conteúdo (Bardin 2008), baseado em entrevistas semi-estruturadas.

## **Participantes**

A recolha de dados foi feita em Inválidos do Comércio - Casa de Repouso Alexandre Ferreira, em Lisboa, Freguesia do Lumiar. (Anexo 1)

Neste estudo participaram cinco sujeitos, com idades compreendidas entre os 84 e os 90 anos, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino, dos quais dois são viúvos, um é casado e dois são solteiros.

Era requisito fundamental os sujeitos terem participado no estudo feito anteriormente por Vaz (2008), por uma das Psicólogas da Casa de Repouso, e terem respondido ao EASYcare, em três momentos avaliativos diferentes, concretamente um mês antes da entrada na Instituição, no dia da entrada e após três meses a residir na Instituição.

No que respeita à escolaridade, os participantes variam entre o 4º ano de escolaridade e o ensino preparatório.

No que respeita às datas de entrada na instituição, estas deram-se entre o mês de Novembro de 2005 a Outubro de 2006, sendo que três sujeitos entraram em 2005 e dois entraram em 2006.

## **INSTRUMENTOS**

Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram:

- EASYCare (adaptado para a população portuguesa por Sousa & Figueiredo, 2000 e Figueiredo e Sousa, 2000 (Anexo 3)

- Questionário sócio-demográfico (Anexo 2)

### **EASYcare (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Idosos)**

O instrumento utilizado na recolha de dados foi a versão portuguesa do EASYcare (Sousa & Figueiredo, 2000 e Figueiredo e Sousa, 2000), cujo intuito é o de caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa, com idade superior a 75 anos.

O EASYcare ajuda a avaliar a percepção dos idosos relativamente às suas capacidades (serem capazes de...) sendo que não indica as suas competências (saber fazer).

Este instrumento foi inicialmente desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia. A construção da sua escala baseou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas das dimensões.

O EASYcare foi inovador no sentido em que agrega numa só escala diversos itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso. A escala está disponível na União Europeia, em 15 países.

Tendo sido inicialmente desenvolvido na língua inglesa, o EASYcare foi posteriormente sujeito a um processo de validação linguística para outras línguas de países envolvidos. O processo de validação definido de forma *standartizada* envolveu seis fases distintas. A primeira fase consistiu na tradução do inglês para o português, a segunda numa retroversão, ou seja, do português traduzido novamente para o inglês; a terceira fase uma reunião entre investigadores e tradutores de forma a comparar as versões e corrigir pormenores da tradução; a quarta fase, reunião com técnicos ligados aos cuidados primários aos idosos, para possível análise da correcção dos termos utilizados; quinta fase, reunião com idosos para averiguar possíveis dificuldades no entendimento da escala e sexta fase, a revisão do texto por parte de um especialista em língua portuguesa, para correcções ortográficas e gramaticais.

É constituído por 26 variáveis, estando distribuídas por: visão, audição, mastigação, fala, saúde, solidão, habitação, realizar o trabalho doméstico, preparar as próprias refeições, ir às compras, administrar o próprio dinheiro, usar o telefone, tomar os medicamentos, sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, utilizar a sanita, usar a banheira ou chuveiro, cuidar da aparência pessoal, vestir-se, alimentar-se, incontinência urinária, incontinência fecal, depressão e diminuição cognitiva.

### **Questionário Sócio-Demográfico**

O guião de entrevista foi constituído por 19 questões de forma a obter uma maior informação e riqueza nas respostas dos sujeitos.

Foi feito um levantamento das questões mais pertinentes para o estudo em causa e sempre orientadas para a população em questão. Dessa forma as questões foram elaboradas de forma a serem simples e directas, sendo algumas delas de escolha múltipla.

Dada a idade dos participantes e a dificuldade que manifestaram em ler as questões e escrever as respostas, o questionário foi preenchido pelo próprio testador.

Apresenta-se no Anexo 5 as questões que pretendem abordar objectivos distintos no estudo e a explicação dos mesmos.

## **RESULTADOS**

No que respeita ao instrumento EASYcare foram seleccionadas para posterior análise, as questões respeitantes à Qualidade de Vida Percebido pelo Sujeito (questões 5 a 7) e à Escala de Depressão Geriátrica (questões 25 a 28).

De seguida procedemos à comparação entre as respostas dadas pelos sujeitos, nos diversos momentos avaliativos, tal como é apresentado no quadro nº 2.

Primeiramente, e de forma a perceber melhor as respostas, iremos mostrar no quadro que se segue, informação pertinente, obtida através do questionário, respeitante a cada um dos participantes.

Esta informação será importante para posteriormente se compreender melhor as respostas dadas por cada sujeito.

Para informação adicional deverá ser consultado o Anexo 4.

## Quadro nº 2

### Informação acerca dos Participantes

Sujeito	Idade	Sexo	Est. Civil	Filhos	Relação Familiar	Tipo de Relação Familiar	Data de Admissão	Tipo Quarto	Nível escolaridade
AC	84	F	Viúva	0	Com prima	Razoável	Maio 2006	Triplo (Ala das Damas)	1º Ciclo
SR	85	M	Casado	3	Com filhos, netos e restante família	Muito boa	Dezembro 2005	Casal (Pavilhão)	Comercial/Industrial
AA	90	M	Viúvo	3	Com um dos filhos, netas e bisnetos	Boa	Dezembro 2005	Duplo	1º Ciclo
MR	84	F	Solteira	0	Sem família	-	Novembro 2005	Duplo (Pavilhão)	1º Ciclo
JM	85	F	Solteira	0	Com prima	Razoável	Outubro 2006	Duplo (Pavilhão)	1º Ciclo

Note-se que apenas um dos participantes no estudo, reside no lar com a mulher e apenas um dos participantes não tem qualquer família. Isto será interessante do ponto de vista da análise das respostas.

Após identificarmos cada sujeito, iremos agora analisar as respostas de cada uma delas, relativas às questões de “Qualidade de Vida Percebida pelo Sujeito”

### Quadro nº 3

#### EASYcare (Questão nº 5 – Percepção acerca da Saúde do próprio)

Sujeitos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação
<b>AC</b>	Razoável	Razoável	Razoável	Razoável
<b>SR</b>	Boa	Fraca	Boa	Razoável
<b>AA</b>	Boa	Boa	Boa	Boa
<b>MR</b>	Boa	Excelente	Boa	Boa
<b>JM</b>	Boa	Boa	Boa	Boa

Nota:

1ª avaliação – feita um mês antes da entrada na Casa de Repouso

2ª avaliação – feita no dia da entrada

3ª avaliação – feita após três meses na Instituição

4ª avaliação – feita entre Maio e Junho de 2009

De maneira geral, os sujeitos mantiveram a sua opinião acerca da percepção da saúde do próprio durante os vários momentos avaliativos. De realçar que o sujeito MR, no momento da entrada na instituição, considerou a sua saúde como “Excelente”. Isto pode estar associado às expectativas de encontrar na instituição uma verdadeira casa, com pessoas com quem se relacionar, uma vez que este sujeito é o único, deste grupo, que não tem família.

A noção de deixar de viver sozinho para passar a viver acompanhado, com pessoas com quem conversar, com técnicos que possam prestar apoio sempre que necessário, transmite uma ideia de uma mudança positiva e ao mesmo tempo tranquilizadora. A ansiedade parece ser, de alguma forma, diminuída nesta situação em particular.

#### Quadro nº 4

##### EASYcare (Questão nº 6 - Solidão)

Sujeitos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação
<b>AC</b>	Nunca	Nunca	Nunca	Sempre
<b>SR</b>	Raramente	Raramente	Nunca	Raramente
<b>AA</b>	Algumas vezes	Raramente	Raramente	Nunca
<b>MR</b>	Raramente	Algumas vezes	Algumas Vezes	Sempre
<b>JM</b>	Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes	Algumas vezes

Após observar o Quadro nº 4 podemos ver que apenas um dos sujeitos deixou de manifestar a sua solidão, dizendo que nunca se sente sozinho. Este facto pode dever-se à boa adaptação/integração à Casa de Repouso, ou mesmo devido à sua capacidade de resiliência. No entanto isto também nos pode indicar que o sujeito não quer assumir a sua própria solidão, como se a verbalizando ela se tornasse mais real.

Existe uma tendência para a solidão se ir manifestando lentamente no decorrer do tempo, o afastamento da família e do ambiente em que se viveu pode potenciar este sentimento de solidão. Neste caso podemos verificar que os participantes do sexo feminino manifestaram algum sentimento de solidão, dando respostas como “Algumas vezes” ou “Sempre, enquanto os participantes masculinos optaram por dizer “Nunca” ou “Raramente”.

O sujeito AC sofre uma alteração brusca de sentimento, tendo passado do “Nunca” se sentir sozinho para o “Sempre” se sentir sozinho. Isto pode estar associado à pouca relação

familiar e à ausência de visitas familiares ou de amigos. A ausência de relações afectivas, a falta de apoio por parte de entes queridos, a viuvez, tudo pode estar associado a esta resposta.

Quanto ao sujeito MR, antes da entrada na instituição dizia “Raramente” se sentir sozinho e agora diz sentir-se “Sempre” sozinho. A solidão parece não ter sido atenuada neste caso em particular. Poderá o factor de não existência de família influenciar esta percepção. Numa Casa de Repouso é natural ver as famílias visitarem os seus próximos, neste caso concreto as visitas não existem porque a família também não existe. A solidão torna-se assim, como que um abandono.

### Quadro nº 5

#### EASYcare (Questão nº 7 – Habitação)

Sujeitos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação
<b>AC</b>	Boa	Fraca	Razoável	Razoável
<b>SR</b>	Muito Boa	Boa	Boa	Fraca
<b>AA</b>	Muito Boa	Muito Boa	Excelente	Boa
<b>MR</b>	Boa	Boa	Razoável	Muito Boa
<b>JM</b>	Boa	Boa	Boa	Boa

No que respeita à percepção que os sujeitos têm acerca da sua nova habitação, as respostas foram diversificadas. Apenas um sujeito apresentou sempre a mesma opinião.

Na 3ª avaliação do sujeito MR, vê-se uma mudança de “Boa” para “Razoável”, tal facto pode dever-se a uma mudança na colega de quarto. No entanto, verifica-se outra alteração nesta

última avaliação, ou seja, após quase três anos na Instituição. Isto pode estar relacionado com a adaptação e resignação quanto à sua realidade. Como não pode ter outra opção, escolhe aquele que tem e aceita-a.

Ainda na 3ª avaliação, ou seja, um mês após a entrada na instituição, o sujeito AA considerou a habitação como sendo “excelente”. O facto de ser viúvo e de ter vivido sozinho por alguns anos, pode ter feito a diferença nesta opinião. Mas veremos mais aquando da análise do questionário.

Apenas o sujeito SR menciona considerar a habitação “fraca”. A actual situação da esposa e as suas limitações podem estar relacionados com esta resposta, como teremos oportunidade de ver mais à frente.

### Quadro nº 6

#### Easycare (Questões nº 25 a 28 - Depressão)

Sujeitos	1ª Avaliação				2ª Avaliação				3ª Avaliação				4ª Avaliação			
	Q 25	Q 26	Q 27	Q 28	Q 25	Q 26	Q 27	Q 28	Q 25	Q 26	Q 27	Q 28	Q 25	Q 26	Q 27	Q 28
AC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S	S	N
SR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MR	-	-	-	-	N	S	-	N	N	S	-	N	-	S	-	N
JM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	-	-	N

No Quadro nº 6 estão representadas as questões às quais os sujeitos responderam de forma positiva, tendo sido atribuído 1 ponto a cada sintoma depressivo.

Segundo as instruções do EASYcare, relativas à Escala Geriátrica de Depressão (4 itens), “Uma pontuação total de 1 ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.”

Note-se que na 1ª avaliação, antes da entrada na instituição, nenhum sujeito manifestava qualquer sintoma depressivo. Aquando da 2ª avaliação, a entrada na instituição, apenas um dos sujeitos manifestava já alguns sintomas depressivos. Isto pode significar que o sujeito manifestava já alguma sintomatologia depressiva talvez devido à falta de apoio que tinha aquando da entrada para a Instituição. Os sintomas não foram ultrapassados na 2ª avaliação, podendo indiciar que as manifestações depressivas se mantinham e não foi feita a sinalização do caso. Também pode ter ocorrido o caso da sinalização ter sido feita mas a pessoa não manifestar interesse em ter ajuda especializada.

Pode ainda observar-se que os homens (AA e SR) não manifestaram, em nenhuma das avaliações, sintomas de depressão, contrariamente às mulheres.

### **Apresentação das categorias de análise**

Devido ao tipo de estudo, em que é feita análise de conteúdo, convém antes de mais esclarecer o que se entende por análise de conteúdo. Segundo Berelson (1954, cit por Bardin, 2008), “ a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.” (p.20)

Ainda sobre a análise de conteúdo pode dizer-se que esta é uma técnica de pesquisa que torna reproduzíveis e válidas as inferências de dados recolhidos num determinado contexto. Trata-se assim de um método de observação indirecto no qual é a expressão verbal e/ou escrita que será observada e analisada.

Neste sentido, os resultados foram agrupados em blocos representativos das categorias a analisar, ou seja, as respostas foram divididas e agrupadas segundo o critério de objecto de referência.

O questionário sócio-demográfico usado contém questões que abordam os diversos temas considerados pertinentes para este estudo. Desta forma levamos o entrevistado a aprofundar o seu raciocínio e a confrontar os seus sentimentos.

No quadro nº 7 estão representadas as categorias que irão ser analisadas e desenvolvidas em seguida.

**Quadro nº 7**  
**Categorias de Análise**

<b>Noção de Apoio</b>	Percepção de apoio sentido desde entrada no Lar
	Percepção acerca de quem apoia
<b>Emoção e Afecto</b>	Sentimento de Saudade: atitude face à vida passada
	Suporte Afectivo
	Capacidade de Idealização
<b>Integração e Adaptação</b>	Ocupação do tempo
	Sentimento de Solidão
	Relações com os outros: capacidade estabelecer relações
	Relações interpessoais: quem para suporte

### Noção de Apoio

Quando questionados acerca do maior apoio sentido aquando da entrada na instituição os participantes expressaram terem-se sentido apoiados.

A maioria das respostas inclui sentimentos positivos acerca da sua entrada.

“Dorme-se mais descansado porque há apoio, há funcionários sempre disponíveis para atender.”

“Sei que se precisar há alguém disponível que ajuda.”

Apenas um sujeito disse não se ter sentido mais apoiado desde que entrou na instituição.

“Sinto que se precisar não há ninguém que me ajude, limitam-se ao “bom-dia” e “boa-tarde”.

A opinião dos participantes divergiu quando questionados acerca de quem os apoiou mais, sendo que uns dizem que a equipa de saúde, os psicólogos e os assistentes sociais, enquanto que outros disseram que não sentiram qualquer tipo de apoio ou acompanhamento. Estas respostas podem estar relacionadas com os sentimentos do sujeito aquando das respostas ao questionário.

“Aqui não encontrei apoio. Todo o apoio que tenho vem de fora, da família.”

### Emoção e Afecto

Quando questionados acerca daquilo que sentem mais saudades as respostas são relativas a algo que tinham no seu anterior ciclo relacional, como a casa, ou a comida de casa ou algumas pessoas com quem se relacionavam.

Relativamente ao que as pessoas consideram fazer-lhes mais falta na instituição, as respostas vão desde sentir falta de amizades,

“Amigos, porque aqui não há amizades. Vim para aqui a pensar que ia encontrar uma família, mas não...”, até não sentir falta de nada.

“Não me considero saudosista. “

Quando questionados sobre os sonhos ou idealizações, as respostas que encontramos são diversas. Desde assumirem que nesta idade já não podem sonhar, a desejarem coisas simples, como um quarto melhor ou melhor comida.

“Agora já não posso ter sonhos”

“Morrer sem sofrer. Adormecer apenas e não sentir nada.”

“Só o de ter melhor comida. Nada mais”

“Ter um quarto maior e melhor...”

A proximidade da finitude da vida pode levar a que os sonhos e desejos sejam reprimidos. Para quê sonhar se o corpo já não obedece como antes, se as limitações já são tantas. O espaço para o desejo fecha-se. Inibe-se o desejo e a dor manifesta-se.

### **Integração e Adaptação**

Analisando a questão da forma como os sujeitos ocupam o tempo, uns escolhem actividades com interacção ou onde o convívio com os outros seja potenciado, enquanto que outros sujeitos optam por actividades isoladoras, como “Ficar no quarto”.

Questionados sobre a sua percepção de solidão as respostas divergem sendo que os homens respondem “Não” ou “Às vezes” e as senhoras dizem que “Sim”, assumem que se sentem sozinhas.

Curioso ver que SR, ainda casado e com uma boa relação familiar, considera que por vezes se sente sozinho.

No que diz respeito ao que escolheriam ou quem escolheriam para terem junto deles no lar, a maioria escolheria alguém de família ou amigos para lhes fazerem companhia, sendo que quem tem família selecciona a família e quem não tem opta por alguém do seu círculo relacional do exterior.

Apenas um sujeito diz não escolher nada nem ninguém.

## DISCUSSÃO

É justo dizer que a institucionalização não é um processo fácil e que acarreta consigo um terminar de algo para, numa fase tão complicada quanto a velhice, dar-se início a algo de novo. A desinserção familiar tem um papel de peso neste processo.

O desenraizar de toda uma vida, por muitos motivos que haja para o fazer, nunca é uma decisão fácil de tomar.

A instituição asilar, traz a novidade numa época da vida já sem grandes surpresas. A novidade do espaço, do novo quarto, do possível colega de quarto, os outros utentes e os funcionários, os horários, tudo é novo.

A instituição torna-se a nova casa do idoso mas esta nova casa tem regras e normas a cumprir.

A maioria das vezes a institucionalização revela-se como sendo a melhor forma de prestar o melhor acompanhamento ao idoso, não só pelo constante acompanhamento, assim como pelo facto de passarem a ter prestadores de cuidados médicos e auxiliares, sempre disponíveis.

A existência de outras pessoas na mesma instituição e, na maioria das vezes, concretamente na instituição onde os dados foram recolhidos, a partilha de quartos pode levar a um maior acompanhamento e um menor sentimento de solidão. Mas aqui surgem questões relacionadas com a individualidade de cada um. As pessoas são diferentes e essas diferenças podem fazer-se notar ainda mais após ingressar nesta nova casa e partilhar o seu novo espaço com alguém que não conhecem.

Também se pode dar o caso de o idoso estar rodeado de pessoas mas devido à dificuldade de adaptação e integração, sentir-se só, tal como antes.

Fontaine (2000), considera ser a personalidade como sendo um factor determinante no que se considera uma boa velhice. Ainda segundo este autor, “é necessária uma crença positiva para a elevada manutenção do intelecto durante o envelhecimento.” (p. 154)

“A felicidade parece depender mais de características de personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo do curso da vida.” (Oliveira, 2006, p. 90)

De acordo com Fontaine (2000), a velhice bem sucedida está intimamente ligada à conjugação de três grandes categorias de condições. “A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia. A segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, o que por vezes se denomina velhice ótima. A terceira é a conservação de empenhamento social e de bem-estar subjectivo.

Das respostas obtidas neste estudo, o que se pode depreender de uma forma geral, é que a existência de um ciclo familiar e o apoio que daí advém é benéfico para os sentimentos de menor abandono.

Os sintomas depressivos tendem a agravar-se nos sujeitos sem qualquer tipo de relação familiar e com maior incidência nas mulheres. Contudo isto é apenas uma suposição. Precisariamos de mais informação para fazer uma afirmação destas.

Será correcto dizer, e segundo Paúl (1997), que “o comportamento dos idosos surge-nos muito como um todo, em que uma alteração no sistema biológico, um agravamento de uma deficiência sensorial ou motora, o desaparecimento de mais um ente querido da sua rede social de apoio, por exemplo, se confundem com uma disfunção do humor, apatia, ou perda de capacidades cognitivas.” (p. 21)

“A importância psicológica do controlo pessoal tem a ver com a ideia de que ter liberdade, autonomia e controlo é benéfico para os idosos, enquanto não ter controlo ou autonomia é potencialmente mau, para o seu bem-estar psicológico.” (Fry, 1989, cit por Paúl, 1997)

Na sequência da linha de pensamento supra mencionado, diz Oliveira (2006), que se pode afirmar que em geral o idoso apresenta maior tendência a depressão não tanto pela idade em si mas porque o sujeito traz consigo mais doenças, que podem ser graves, tais como demência e perdas, como o luto.

Na realidade, a velhice caracteriza-se por muitas perdas físicas e psicossociais que contribuem para um acumular de estados depressivos. (Oliveira, 2006, p. 109)

Segundo Branden (1999, cit por Moser *et al*, 2002), quanto maior for a auto-estima do sujeito, maior será também a sua possibilidade de criar e manter relações saudáveis, em vez de

destrutivas, pois amor atrai amor, saúde atrai saúde e a capacidade de comunicação atrai para além do vazio e do oportunismo.

A interacção dos sujeitos com o seu ambiente e com as pessoas que dele fazem parte é fundamental para que o idoso não se sinta marginalizado e sinta que é capaz de criar laços de afectividade.

Segundo Netto (2000, cit por Oliveira *et al*, 2006), mesmo estando dentro da instituição, o ambiente familiar é crucial para a vida do idoso, pois é este contacto com a família que permite que os idosos se mantenham próximos do seu meio natural (a própria família). Além disso o contacto familiar ainda ajuda a preservar o seu auto-conhecimento, valores e critérios.

De acordo com Krause (2001, cit por Paúl, 2005), “ o apoio percebido corresponde à crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça, ou não essa crença.” (p. 278)

A saudade, mais concretamente o sofrimento associado à saudade, é amplificado por se saber que a partir de determinado momento não haverá possibilidade de escapatória através das preocupações rotineiras e usuais, sendo que praticamente nenhum ser humano foi preparado para vivenciar a experiência de conflito. O medo e a frustração são sentimentos normais perante a dificuldade de vivenciar o amor ou a sua falta.

A ambivalência de sentimentos que os idosos experienciam após a entrada na instituição pode ser ou não vivida como um turbilhão de sentimentos e emoções.

Segundo Charazac (2004), “a regressão induzida pela doença, pela prestação de cuidados ou pelo tratamento fica marcada em cada doente pelo retorno a uma fase passada do seu desenvolvimento psicosexual. Esta regressão não ocorre sem reproduzir alguns comportamentos desagradáveis ou constrangedores para os cuidados quando, por exemplo, para se sentir existir face às enfermeiras, um doente sente a necessidade de se comportar como uma criança no “estádio do não” recusando permanentemente tudo.” (p. 20)

Mas este tipo de dependência do outro, varia novamente de indivíduo para indivíduo e também da existência de relação familiar. Hoje em dia, os idosos entram para os lares ainda com

uma razoável independência. O motivo de entrada, nestes casos prende-se muito com a solidão e com algumas barreiras físicas.

Paúl (1992, cit por Fonseca, 2006), tentou esclarecer se existiria alguma coisa que pusesse em causa de forma profunda a satisfação de vida na velhice, “tendo realizado um estudo junto de 130 idosos de ambos os sexos, vivendo quer na comunidade quer em lares de idosos, a partir do qual concluiu que o sentimento de solidão surge como o principal aspecto de toda a problemática relativa à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico do idoso, independentemente do contexto em que vive.” (p. 17)

Segundo Fontaine (2000), a boa manutenção da participação social permite uma melhoria do bem-estar e da percepção da qualidade de vida do sujeito.

Nesta fase da vida, em que as dificuldades se manifestam com mais frequência e o corpo se vai degradando, perdendo a beleza de outrora, o sujeito vê-se perante um impasse na sua ferida narcísica. Ele já não é bonito o suficiente, nem autónomo o suficiente para estabelecer novas relações, antes pelo contrário, deve evitar relacionar-se com os outros para que não o vejam como ele se vê.

O próprio sujeito nega os seus desejos, considera que já não os pode ter. Contudo, continua a ser humano e enquanto ser humano que é, continua a ser dominado pelo desejo, de forma constante. O corpo não obedece mas exige gratificação e essa gratificação tem que vir através do outro.

Se por um lado o sujeito evita a relação, por outro lado sabe que precisa do outro para se realizar.

Segundo Barreto (1984, cit por Fonseca, 2006), os níveis mais elevados de solidão tendem a verificar-se nos idosos de classe social mais baixa, com poucos interesses específicos e com baixa capacidade de ocupação em actividades de carácter pessoal. Tal facto estará relacionado com o baixo ou inexistente nível de escolaridade, assim como a lacuna em experiências relacionadas com actividades de ocupação de tempos livres. (p. 147)

Neste sentido um factor que parece influenciar de forma positiva a percepção de uma boa velhice é o nível de escolaridade. Segundo Fontaine (2000), “é difícil determinar se se trata de

uma aquisição precoce que se mantém durante toda a vida, ou se as pessoas com níveis elevados de estudos se sentem mais tentadas, na velhice, a introduzirem nos seus lazeres actividades (leitura, palavras cruzadas, etc) que favorecem a elevada manutenção da cognição.” (p. 153)

Ainda segundo Barreto (1984), as principais causas de solidão podem estar diferenciadas pelo sexo, ou seja, no homem será a reforma e na mulher a viuvez. Embora as mulheres vivam com maior frequência sozinhas, o sentimento de solidão parece afectar mais os homens. Talvez esta causa seja devida ao facto de a mulher encarar a solidão como algo mais natural, para o qual se foi preparando durante a vida, enquanto que o homem vê a solidão como algo forçado, uma consequência negativa e causa de frustração.

“A viuvez é muitas vezes associada a sentimentos de solidão, precisamente pela perda de uma relação íntima muito particular. Os viúvos são do tipo isolados involuntários que têm que enfrentar um penoso período de adaptação a um novo estado.” (Paúl, 1997, p.87)

Ainda segundo Paúl (1997), a qualidade da relação que o idoso estabelece com os filhos e com os amigos íntimos é importante. A frequência com que este contacto é mantido ajuda na manutenção das relações que se estabelecem com os vizinhos e amigos íntimos assim como na satisfação da relação em si. “As conclusões indicam que os que estavam menos satisfeitos com a qualidade das suas relações, e tinham menos contacto com amigos íntimos, eram os mais solitários.” (p.86)

Em forma de conclusão e citando Fleming (2003), “a dor sem sentido é intolerável, arranca o ser à sua existência, retira o sentido à vida e é a própria vida que se torna intolerável. O desamparo, o desespero apoderam-se do ser humano que se sente insignificante, atingido na sua auto-estima, na sua dignidade, indefeso e abandonado perante o sofrimento.” (p. 23)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dada a pouca informação acerca desta problemática, seria interessante fazer algumas considerações finais.

Para um aprofundamento do estudo seria interessante acrescentar outras variáveis ao trabalho, tais como aumentar a amostra, e homogeneizá-la a nível de sexos, para possível análise das diferenças existentes entre ambos. Talvez fosse possível analisar a perspectiva que homens e mulheres têm acerca da qualidade de vida e solidão.

Também seria interessante fazer um estudo comparativo entre lares, para avaliar se a diversidade de actividades e espaço físico influencia o idoso na percepção de qualidade de vida dentro da instituição.

Combinar outros instrumentos, tais como Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale (GDS) ou Escala de Bem-Estar Psicológico (Versão Experimental) poderia revelar-se como uma forma de complementar a informação e a pertinência do estudo.

**“O segredo de uma velhice agradável consiste apenas na assinatura de um honroso pacto com a solidão”**

**Gabriel Garcia Márquez**

## Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70.
- Barros de Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis.
- Barroso, V. (2006) Orfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Retirado em 11 de Maio de 2009 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Brenner, C. (1973). *Noções básicas de psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Charazac, P. (2004). *Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra, J. A., Brito, I. Qualidade de Vida do idoso. In *Referência*. Coimbra Nº 3 (Novembro, 1999) pp 29-35.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Correia, P. (2007). *Velhos são os trapos: mito ou realidade*. Retirado em 20 de Junho de 2009 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0340.pdf>
- Fleming, M. (2003). *Dor Sem Nome: Pensar o sofrimento*. Porto: Afrontamento.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A.M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

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

Frances, A., Ross, R. (1999). *DSM-IV: Casos Clínicos*. Lisboa: Climepsi.

Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos: DSM-IV-TR- Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.

Freire Jr, R., Tavares, M. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. In *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* Set 2004/Fev 2005; 9(16): 147-158. Retirado em 20 de Junho de 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>

Gonçalves, D.; Martín, I.; Guedes, J.; Cabral-Pinto, F.; Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas. In *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143. Retirado em 20 de Junho de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36270112.pdf>

Lima, M. P. (2006). *Posso participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.

Maia, G., Londero, S., Henz, A. Velhice, instituição e subjectividade. In *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Jan/Mar 2008; 12(24): 49-59. Retirado em 20 de Junho de 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/04.pdf>

Moser, A., Niser, S., Oliveira, J., Quadros, V. (2002, Outubro). *Proposta de Trabalho com um grupo de idosos: optimização da auto-estima*. In Leal, I., Cabral, I. & Pais Ribeiro, J. , 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA

Nunes, A.; Lins, S.; Baracuhy, M; Lins, Zoraide. *Análise de conteúdo: olhar sobre o*

*preconceito racial no Brasil*. Retirado em 11 de Maio de 2009 de [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0443](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0443)

Oliveira, C.; Souza, C.; Freitas, T.; Ribeiro, C. (2006) *Idosos e Família: asilo ou casa*. Retirado em 11 de Maio de 2009 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf>

Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.

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

Paúl, C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. In *Sociologia* 2005; 15: 275-287. Retirado em 11 Maio de 2009 de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

Silva, L. et al. (2008). *A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipe de enfermagem*. Retirado em 11 de Maio de 2009 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0463.pdf>

Simões, A.C. (2006). *Cuidados continuados de Psicologia ou “Se Maomé não vai à montanha...”*. Retirado em 20 de Junho de 2009 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0345.pdf>

Simões, António (2006). *A nova velhice*. Porto: Ambar.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D.. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(3): 364-71. Retirado em 11 de Maio de 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. Easycare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). In Revista de Estatística 2002; 1(26): 87-102. Retirado em 20 de Junho de 2009 de [http://ine-linx01.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=106514&ESTUDOSmodo=2](http://ine-linx01.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106514&ESTUDOSmodo=2)

Spar, J.; La Rue, A. (1998). *Guia Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Vaz, M. (2008). O impacto da institucionalização nos idosos. Tese de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed.

Yamamoto, A., Diogo, M. Os Idosos e as Instituições asilares do município de Campinas. In *Rev. Latino-americana Enfermagem* 2002 Set-Out; 10(5): 660-666. Retirado em 20 de Junho de 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a6.pdf>

# ANEXO 1

---

Caracterização da Instituição

# ANEXO 2

---

Questionário Sócio-Demográfico

# ANEXO 3

---

EASYcare – versão portuguesa

# ANEXO 4

---

## Questionário Sócio-Demográfico dos Participantes

- AC
- SR
- AA
- MR
- JM

# ANEXO 5

---

Questões do Questionário Sócio-Demográfico sobre as quais incidiu o estudo

## **Caracterização da Instituição**

Os Inválidos do Comércio, concretamente a Casa de Repouso Alexandre Ferreira, onde foram recolhidos os dados, está inserida numa área residencial, rodeada por diversos espaços verdes e terreno livre.

A instituição Inválidos do Comércio foi criada em 1929, procurando preencher a falta de lares que existia, para as pessoas que trabalhavam no comércio. Hoje em dia mais de 300 utentes de ambos os sexos, residem em I.C. em regime geral. Todos eles distribuídos por diferentes áreas, sendo que todas elas estão interligadas.

Actualmente a população da CRAF é composta por 340 utentes, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, cuja escolaridade varia entre o analfabetismo e o ensino superior, com nível sócio-económico maioritariamente de classe média-baixa.

Existe um edifício central, principal, que se encontra dividido por várias alas, incluindo uma Enfermaria. No edifício central podemos encontrar a sala de Fisioterapia, o Cabeleireiro e o Barbeiro, o Auditório, o Ateliê, a Biblioteca, diversas salas de convívio, o bar e o refeitório geral com capacidade para 200 pessoas.

Existe um outro edifício, que faz parte da instituição, denominado Pavilhão António Casanova, sendo aqui que são alojadas as pessoas com maior grau de autonomia.

Num terceiro edifício encontramos o Serviço de Acção Social e os serviços de Lavandaria. A Casa de Repouso dispõem ainda de Serviço de Apoio Domiciliário, prestando assistência a cerca de 15 utentes, em regime diário, de segunda a sexta-feira.

As normas da instituição permitem a livre circulação dos utentes entre a instituição e o exterior. Para isso existe um porteiro que controla as entradas e saídas dos utentes. Desta forma há sempre um controlo sobre os utentes que estão fora.

Existe uma sala de actividades onde são realizados vários tipos de trabalhos manuais, uma sala de computadores para quem quiser aprender a trabalhar com as novas tecnologias e uma biblioteca.

Todos os meses se realizam passeios a diversos locais do país, assim como festas temáticas e chás dançantes. Para além destas actividades, existem ainda actividades de estimulação cognitiva, realizadas pelas psicólogas da instituição.

## Questões para análise

Questão 7: *Desde que está na Casa de Repouso sente-se mais apoiado(a)?*

Pretende-se saber qual a percepção que os sujeitos têm acerca do apoio disponível na Instituição.

Questão 9: *Quando entrou para a Casa de Repouso, qual foi para si o maior apoio que sentiu?*

Com esta questão pretende-se perceber quais as diferenças sentidas pelas pessoas, desde a sua entrada para a Casa de Repouso.

Questão 10: *O que lhe faz mais falta aqui?*

Queremos perceber se as pessoas sentem falta de algo do seu anterior espaço ou dentro da própria instituição.

Questão 11: *De que sente mais saudades?*

Pretende-se perceber se a pessoa vive em constante lembrança do passado.

Questão 13: *De que forma ocupa o seu tempo, desde que entrou para a Casa de Repouso?*

*Escolha até 3 itens.*

O objectivo desta questão é perceber se a pessoa ocupa o seu tempo com algum tipo de actividade e em caso afirmativo saber se o faz de forma variada e com recurso a processo criativo.

Questão 16: *Costuma sentir-se sozinho(a)?*

Com esta questão o que se pretende é saber até que ponto a pessoa se sente acompanhada por estar a viver rodeada de outras pessoas.

Questão 17: *Já fez amizades desde que entrou para a Casa de Repouso?*

Pretende-se perceber se a pessoa estabelece algum tipo de relação interpessoal e eventualmente saber se com outros utentes ou com funcionários

Questão 18: *Tem algum desejo/sonho que gostasse de ver concretizado?*

Verificar se a capacidade de sonhar ainda está presente e se ainda idealiza. Em caso afirmativo, ver que tipo de desejos tem, concretamente coisas simples e realistas ou fantasiosas.

*Questão 19: Se pudesse trazer alguma coisa ou alguém para aqui, o quê ou quem escolhia?*

*Porque?*

Com esta questão podemos aceder aos desejos das pessoas, às coisas ou às pessoas que elas sentem mais falta, dentro da instituição.

## Questionário de Caracterização da Amostra

### Este questionário é Confidencial

Nome: A. A.

Idade: 90

Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

Tem filhos?

Não

Sim

Quantos? 3

Nível de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler/escrever

Ensino Primário

Ensino Preparatório

Ensino Secundário

Curso Industrial ou Comercial

Ensino Superior

**1** Qual era a sua profissão?

Comerciante

**2** Com quem vivia antes de entrar para a Casa de Repouso?

Vivo sozinho durante 10 anos, depois de ficar viúvo

3 Tem alguém de família ou conhecido a viver na mesma Casa de Repouso? Se sim, quem?

Já teve um amigo mas já faleceu

4 A entrada na instituição foi uma decisão sua?

Sim  Não

5 Qual o motivo pelo qual quis ser institucionalizado?

Solidão

Necessitar de ajuda para tarefas diárias

Cuidados de saúde

Distanciamento dos membros da família

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6 A instituição corresponde ao que esperava?

Sim

Mais ou Menos

Não

7 Desde que está na casa de Repouso sente-se mais apoiado(a)?

\_\_\_\_\_

8 Como classifica a relação que tem com a sua família?

Não tem família  Muito boa  Boa

Razoável  Má

9 Quando entrou para Casa de Repouso, qual foi para si o maior apoio que sentiu?

foi o próprio que se foi adaptando porque não houve ninguém

que o ajudasse a superar da entrada

10 O que lhe faz mais falta aqui?

Que se lembre de onde. E se precisarem vai à rua

11 De que sente mais saudades?

Da comida de casa. De resto sente que se adapta com relativa facilidade

12 Se pudesse, o que gostaria de melhorar na instituição?

- Ter mais atenção por parte dos funcionários
- Melhorar os espaços verdes
- Haver maior acompanhamento por parte da equipa técnica (dos técnicos de Saúde)
- O horário das visitas ser maior
- Promoverem mais actividades de convívio
- Maior ocupação de tempos livres
- Possibilidade de escolha dos locais de excursão
- Outra. Qual? O Refeitório

13 De que forma ocupa o seu tempo, desde que entrou para a Casa de Repouso? Escolha até 3 itens.

- Actividades recreativas e sociais
- No quarto
- Nas salas de convívio
- No bar
- A passear na instituição
- Outro

Qual? A ler

14 Costuma receber visitas? Se sim, de quem?

Não  Sim Amigo, Netos e 1 dos filhos (família, amigos, outros)

15 Com que frequência?

Várias vezes por semana

1x por semana

15 em 15 dias

1x por mês

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

16 Costuma sentir-se sozinho(a)?

Sim  Às vezes  Não

17 Já fez amizades desde que entrou para a Casa de Repouso?

Mais os meus. Com os funcionários dá-se muito bem

18 Tem algum desejo/sonho que gostasse de ver concretizado?

Só o de ter melhor comida. Nada mais

19 Se pudesse trazer alguma coisa ou alguém para aqui, o que ou quem escolhia? Porquê?

Não traria nada, nem ninguém. Não há ninguém  
afora que quisesse vir para cá

## Questionário de Caracterização da Amostra

### Este questionário é Confidencial

Nome: S.R.

Idade: 85

Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

Tem filhos?

Não

Sim

Quantos? 2 + 1 Entzado  
(casado pela 2ª vez)

Nível de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler/escrever

Ensino Primário

Ensino Preparatório

Ensino Secundário

Curso Industrial ou Comercial

Ensino Superior

1 Qual era a sua profissão?

Comerciante

2 Com quem vivia antes de entrar para a Casa de Repouso?

Com a esposa

3 Tem alguém de família ou conhecido a viver na mesma Casa de Repouso? Se sim, quem?

Sim. A esposa

4 A entrada na instituição foi uma decisão sua?

Sim  Não

5 Qual o motivo pelo qual quis ser institucionalizado?

Solidão

Necessitar de ajuda para tarefas diárias

Cuidados de saúde

Distanciamento dos membros da família

Outro. Qual? Um ano antes de entrar para a Instituição  
casal foi atingido na pandemia

6 A instituição corresponde ao que esperava?

Sim

Mais ou Menos

Não

7 Desde que está na casa de Repouso sente-se mais apoiado(a)?

Sim. Dores de costas decaído porque há apoio há funcionários  
sempre disponíveis para atender

8 Como classifica a relação que tem com a sua família?

Não tem família  Muito boa  Boa

Razoável  Má

9 Quando entrou para Casa de Repouso, qual foi para si o maior apoio que sentiu?

A equipa de saúde, ter uma enfermeira e equipa sempre  
disponível 24h por dia. É bom porque já conhecem o  
historial clínico

---

10 O que lhe faz mais falta aqui?

Um convívio mais saudável, mais formação para os funcionários porque muitas vezes eles não têm formação suficiente

11 De que sente mais saudades?

Não se considera saudozista. Só pensa no dia de amanhã e que tor saúde

12 Se pudesse, o que gostaria de melhorar na instituição?

- Ter mais atenção por parte dos funcionários
- Melhorar os espaços verdes
- 1 Haver maior acompanhamento por parte da equipa técnica (dos técnicos de Saúde)
- O horário das visitas ser maior
- 2 Promoverem mais actividades de convívio
- 4 Maior ocupação de tempos livres
- 3 Possibilidade de escolha dos locais de excursão
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

13 De que forma ocupa o seu tempo, desde que entrou para a Casa de Repouso? Escolha até 3 itens.

- Actividades recreativas e sociais
- No quarto
- Nas salas de convívio
- No bar
- A passear na instituição
- Outro

Qual? \_\_\_\_\_

14 Costuma receber visitas? Se sim, de quem?

Não  Sim Família e Amigos (família, amigos, outros)

15 Com que frequência?

Várias vezes por semana

1x por semana

15 em 15 dias

1x por mês

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

16 Costuma sentir-se sozinho(a)?

Sim  Às vezes  Não

17 Já fez amizades desde que entrou para a Casa de Repouso?

Sim. Sente que tem alguns amigos, mas apenas  
uma vez-a-dia

18 Tem algum desejo/sonho que gostasse de ver concretizado?

Ter um quarto maior e melhor porque neste  
momento a esposa desloca-se em cadeira de rodas

19 Se pudesse trazer alguma coisa ou alguém para aqui, o que ou quem escolhia? Porquê?

Ter uma prima que é sócia de I.C. e que é uma  
grande amiga e gostaria que ela viesse para I.C. Assim  
teria uma pessoa com quem conversar sobre a realidade de  
deles

## Questionário de Caracterização da Amostra

### Este questionário é Confidencial

Nome: A.C.

Idade: 84

#### Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

#### Tem filhos?

Não  Sim  Quantos? \_\_\_\_\_

#### Nível de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler/escrever

Ensino Primário

Ensino Preparatório

Ensino Secundário

Curso Industrial ou Comercial

Ensino Superior

1 Qual era a sua profissão?

Empregada de balcão

2 Com quem vivia antes de entrar para a Casa de Repouso?

Que casa própria com o marido

3 Tem alguém de família ou conhecido a viver na mesma Casa de Repouso? Se sim, quem?

Não

4 A entrada na instituição foi uma decisão sua?

Sim  Não

Diz que ± uma vez que o marido tinha vindo para a enfermaria da instituição, 1 ano antes

5 Qual o motivo pelo qual quis ser institucionalizado?

Solidão

Necessitar de ajuda para tarefas diárias

Cuidados de saúde

Distanciamento dos membros da família

Outro. Qual? Para estar perto do marido

6 A instituição corresponde ao que esperava?

Sim

Mais ou Menos

Não

7 Desde que está na casa de Repouso sente-se mais apoiado(a)?

Sente que tem mais apoio aqui que em casa

8 Como classifica a relação que tem com a sua família?

Não tem família  Muito boa  Boa

Razoável  Má

9 Quando entrou para Casa de Repouso, qual foi para si o maior apoio que sentiu?

O apoio dos psicólogos e Assistentes Sociais

---

10 O que lhe faz mais falta aqui?

Antigos porque aqui não há amigos. "Vim para aqui a pensar que ia encontrar uma família, mas não..."

11 De que sente mais saudades?

Da casa, não faltava nada. Quando vim para a instituição tive que entregar a casa ao senhorio

---

12 Se pudesse, o que gostaria de melhorar na instituição?

- 3 Ter mais atenção por parte dos funcionários
  - 2 Melhorar os espaços verdes
  - 1 Haver maior acompanhamento por parte da equipa técnica (dos técnicos de Saúde)
  - O horário das visitas ser maior
  - Promoverem mais actividades de convívio
  - Maior ocupação de tempos livres
  - Possibilidade de escolha dos locais de excursão
  - Outra. Qual? \_\_\_\_\_
- 

13 De que forma ocupa o seu tempo, desde que entrou para a Casa de Repouso? Escolha até 3 itens.

- Actividades recreativas e sociais
- No quarto
- Nas salas de convívio
- No bar
- A passear na instituição
- Outro

Qual? Ver televisão, ler, ouvir música

14 Costuma receber visitas? Se sim, de quem?

Não  Sim Priveca (família, amigos, outros)

15 Com que frequência?

Várias vezes por semana

1x por semana

15 em 15 dias

1x por mês

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

16 Costuma sentir-se sozinho(a)?

Sim  Às vezes  Não

17 Já fez amizades desde que entrou para a Casa de Repouso?

Não. Já conheci algumas amigas aqui por isso

18 Tem algum desejo/sonho que gostasse de ver concretizado?

"Agora já não posso ter sonhos"

19 Se pudesse trazer alguma coisa ou alguém para aqui, o que ou quem escolhia? Porquê?

A priveca. Mas como ela não é sócia, isso dificulta a entrada.

## Questionário de Caracterização da Amostra

### Este questionário é Confidencial

Nome: M.R.

Idade: 84

#### Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

#### Tem filhos?

Não  Sim  Quantos? \_\_\_\_\_

#### Nível de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler/escrever

Ensino Primário

Ensino Preparatório

Ensino Secundário

Curso Industrial ou Comercial

Ensino Superior

1 Qual era a sua profissão?

Arquivista e Bibliotecária

2 Com quem vivia antes de entrar para a Casa de Repouso?

Vivia sozinha já há 7 anos. Antes vivia com irmã e mãe

3 Tem alguém de família ou conhecido a viver na mesma Casa de Repouso? Se sim, quem?

Não

4 A entrada na instituição foi uma decisão sua?

Sim  Não

5 Qual o motivo pelo qual quis ser institucionalizado?

Solidão

Necessitar de ajuda para tarefas diárias

Cuidados de saúde

Distanciamento dos membros da família

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6 A instituição corresponde ao que esperava?

Sim

Mais ou Menos

Não

7 Desde que está na casa de Repouso sente-se mais apoiado(a)?

Sim, na casa não tinha nada como aqui

8 Como classifica a relação que tem com a sua família?

Não tem família  Muito boa  Boa

Razoável  Má

9 Quando entrou para Casa de Repouso, qual foi para si o maior apoio que sentiu?

Quando entrou não teve qualquer apoio ou acolhimento.

"Acho que ainda não tenho"

10 O que lhe faz mais falta aqui?

Uma amizade sólida

11 De que sente mais saudades?

Saudades só se for de algumas pessoas

12 Se pudesse, o que gostaria de melhorar na instituição?

\_\_\_ Ter mais atenção por parte dos funcionários

\_\_\_ Melhorar os espaços verdes

\_\_\_ Haver maior acompanhamento por parte da equipa técnica (dos técnicos de Saúde)

\_\_\_ O horário das visitas ser maior

\_\_\_ Promoverem mais actividades de convívio

\_\_\_ Maior ocupação de tempos livres

\_\_\_ Possibilidade de escolha dos locais de excursão

x Outra. Qual? Adiar o máximo possível a ida para a enfermaria

13 De que forma ocupa o seu tempo, desde que entrou para a Casa de Repouso? Escolha até 3 itens.

Actividades recreativas e sociais

No quarto

Nas salas de convívio

No bar

A passear na instituição

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

14 Costuma receber visitas? Se sim, de quem?

Não  Sim Afiliado a dois pais (família, amigos, outros)  
dele ("são a família de substituição")

15 Com que frequência?

Várias vezes por semana

1x por semana

15 em 15 dias

1x por mês

Outra. Qual? Quando vai a casa, costuma estar com eles

16 Costuma sentir-se sozinho(a)?

Sim  Às vezes  Não

17 Já fez amizades desde que entrou para a Casa de Repouso?

Sim mas infelizmente já morreu

18 Tem algum desejo/sonho que gostasse de ver concretizado?

Agora já não vale a pena sonhar

19 Se pudesse trazer alguma coisa ou alguém para aqui, o que ou quem escolhia? Porquê?

Os pais da afilhada porque são grandes amigos,  
como família

Questionário de Caracterização da Amostra

Este questionário é Confidencial

Nome: J.M.

Idade: 85

Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/ União de Facto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

Tem filhos?

Não  Sim  Quantos? \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler/escrever
- Ensino Primário
- Ensino Preparatório
- Ensino Secundário
- Curso Industrial ou Comercial
- Ensino Superior

1 Qual era a sua profissão?

Emprego de Comércio

2 Com quem vivia antes de entrar para a Casa de Repouso?

Com uma filha, com a mesma idade dela

3 Tem alguém de família ou conhecido a viver na mesma Casa de Repouso? Se sim, quem?

Não

---

4 A entrada na instituição foi uma decisão sua?

Sim  Não

5 Qual o motivo pelo qual quis ser institucionalizado?

Solidão

Necessitar de ajuda para tarefas diárias

Cuidados de saúde

Distanciamento dos membros da família

Outro. Qual? Preocupação com o futuro, ter um problema e não ter quem ajudasse

6 A instituição corresponde ao que esperava?

Sim

Mais ou Menos

Não

7 Desde que está na casa de Repouso sente-se mais apoiado(a)?

Não. Sente que se precisar não há ninguém que a ajude. Limitar-se ao "bom-dia" e "boa-tarde"

8 Como classifica a relação que tem com a sua família?

Não tem família  Muito boa  Boa

Razoável  Má

9 Quando entrou para Casa de Repouso, qual foi para si o maior apoio que sentiu?

"Aqui não encontrarei apoio. Todo o apoio que tenho vem de fora, da família"

10 O que lhe faz mais falta aqui?

Não sente falta de nada porque tá lá fora tudo. Por esse motivo é que sei todos os dias. Faz questão disso.

11 De que sente mais saudades?

Das reuniões que passava com uma amiga. Todos os dias estavam juntas e conversavam. Amiga faleceu há 1 semana. Também tá saudades do convívio, que faleceu há 7 anos e das familiares

12 Se pudesse, o que gostaria de melhorar na instituição?

- Ter mais atenção por parte dos funcionários
- Melhorar os espaços verdes
- Haver maior acompanhamento por parte da equipa técnica (dos técnicos de Saúde)
- O horário das visitas ser maior
- Promoverem mais actividades de convívio
- Maior ocupação de tempos livres
- Possibilidade de escolha dos locais de excursão
- Outra. Qual? Não considera nenhuma das opções

13 De que forma ocupa o seu tempo, desde que entrou para a Casa de Repouso? Escolha até 3 itens.

- Actividades recreativas e sociais
- No quarto
- Nas salas de convívio
- No bar
- A passear na instituição
- Outro

Qual? Na rua, a ir ao café com as amigas. A tratar de assuntos pessoais

14 Costuma receber visitas? Se sim, de quem?

Não  Sim \_\_\_\_\_ (família, amigos, outros)

15 Com que frequência? *Quase a minha mãe ficava deprimido então optou por ser ela a fazer as visitas.*

Várias vezes por semana

1x por semana

15 em 15 dias

1x por mês

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

16 Costuma sentir-se sozinho(a)?

Sim  Às vezes  Não

17 Já fez amizades desde que entrou para a Casa de Repouso?

*Sim mas contatei-me pelos dedos. Nada de muito profundo*

18 Tem algum desejo/sonho que gostasse de ver concretizado?

*Morar sem sofrer. Adormecer apenas e não sentir nada.*

19 Se pudesse trazer alguma coisa ou alguém para aqui, o que ou quem escolhia? Porquê?

*Gostava de trazer uma prima, com quem se dá muito bem.*